



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora no Centro de Atividades Ocupacionais da CERCIOEIRAS

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
elaborado com vista à obtenção do Grau Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo,
professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de
Lisboa

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato, professor
associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, professor
auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues, professor auxiliar da
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

**Benjiliani Soares Teixeira
2017**

Agradecimentos

Um obrigado sincero a todos aqueles que serão referidos seguidamente e sem os quais este relatório não seria possível.

À CERCIOEIRAS e a todos os seus colaboradores pelo acolhimento, alegria e disponibilidade manifestados.

Aos meus orientadores locais, Ana Mafalda Roque, Duarte Correia e Ana Isabel Dias, psicomotricistas do Centro de Atividades Ocupacionais da CERCIOEIRAS pela orientação, disponibilidade e apoio constantes durante os meses de estágio. Por toda a confiança e generosidade manifestados.

À Professora Doutora Paula Lebre por toda a dedicação, partilha, exigência, acompanhamento e ensinamentos ao longo deste percurso.

Aos jovens e adultos com quem tive o privilégio de trabalhar.

Aos meus pais, pelos valores transmitidos, por me mostrarem sempre que tudo na vida requer esforço e pelo apoio constante em cada momento da minha vida.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes e por me fazerem acreditar que consigo atingir os objetivos aos quais me proponho.

Obrigada.

RESUMO

O presente Relatório pretende refletir, de forma breve, o trabalho desenvolvido durante o estágio curricular, inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais no Mestrado em Reabilitação Psicomotora. O estágio decorreu na CERCIOEIRAS, no Centro de Atividades Ocupacionais, durante 8 meses, com jovens e adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais em âmbitos como a Atividade motora adaptada em contexto Ginásio, Meio Aquático, Snoezelen, Hipoterapia e Equitação terapêutica, com diferentes grupos. A Intervenção Psicomotora com estes grupos visa a promoção de Autonomia, bem-estar, funcionalidade, qualidade de vida e autodeterminação, através da realização de atividades motoras de caráter lúdico e terapêutico. Assim, este documento apresenta o percurso de trabalho desenvolvido pela estagiária, desde a sua integração na instituição, avaliação inicial, planeamento do processo terapêutico, avaliação final de resultados e reflexão pessoal acerca do estágio.

PALAVRAS-CHAVE: Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, Intervenção Psicomotora, Funcionalidade, Autonomia, Qualidade de vida, CERCIOEIRAS.

ABSTRACT

This report aim to reflect, briefly, the work developed during the curricular internship, under the Master in Psychomotor Rehabilitation in the branch of deepening of professional competences. The internship took place in the Center for Occupational Activities from CERCIOEIRAS, during 8 months, with youngsters and adults with intellectual and developmental difficulties in domains such as adaptative motor activity in gymnasium and aquatics, snoezelen, hippotherapy and therapeutic riding, with different groups. The Psychomotor Intervention with these groups aimed at the promotion of autonomy, well-being, functionality, quality of life and self-determination, through the accomplishment of recreational and therapeutic motor activities. Thus, this document presents the trajectory developed by the student, since its integration in the institution, initial evaluation, planning of the therapeutic process, final evaluation of results and personal reflection about the internship.

KEYWORDS: Intellectual and Developmental Disabilities, Psychomotor Intervention, Functionality, Quality of Life, CERCIOEIRAS.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
II. Enquadramento Teórico e institucional	2
1. Dificuldade Intelectual Desenvolvimental	2
1.1 Perspetiva histórica e conceitos	3
1.1.1. Comportamento Adaptativo	3
1.1.2. Apoios	3
1.1.3 Qualidade de Vida	4
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Etiologia	4
1.4 Trissomia 21	5
1.5 Paralisia cerebral	5
1.6 Perturbação do espectro do autismo	5
1.7 Deficiência Visual	6
2. Intervenção Psicomotora	6
2.1 Intervenção Psicomotora com adultos com DID	7
2.1.1 Psicomotricidade e meio aquático	8
2.1.2 Psicomotricidade e atividade motora adaptada (AMA)	9
2.1.3 Psicomotricidade e espaços snoezelen	9
2.1.4 Psicomotricidade – Hipoterapia e Equitação Terapêutica	10
3. Enquadramento Legal	10
3.1 Centro de Atividades Ocupacionais	10
4. Enquadramento institucional formal	12
4.1. Contexto Funcional	12
4.2. Papel do Psicomotricista na CERCIOEIRAS	12
4.3. Relação com Outros Profissionais e Família	13
III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	13
1. População Apoiada	13
2. Objetivos e Atividades de Estágio	14
2.1 Intervenção Psicomotora	15
3. Contextos de Intervenção	16
3.1. Snoezelen 2ªfeira	16
3.2. Ginásio 1 – 3ªfeira	17

3.3. Ginásio 2 – 3ªfeira	17
3.4. Piscina – 4ªfeira	17
3.5. Ginásio – 4ªfeira	18
3.6. Snoezelen – 5ªfeira.....	18
3.7. Hipoterapia e Equitação Terapêutica – 5ªfeira	18
4. Calendarização das Atividades e Horário	19
4.1. Calendarização das Atividades e Horário	19
4.2. Calendarização das Sessões.....	19
5. Processo de Intervenção.....	20
5.1. Planeamento da Intervenção	20
5.2. Procedimentos de Avaliação.....	20
5.2.1. Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (ECAP) ...	21
5.2.2. Escala de Intensidade de Apoios (EIA)	23
5.2.3. Escala Pessoal de Resultados (EPR)	23
5.3. Grelha de Observação do Comportamento (GOC)	24
5.4 Grelha de Observação – Snoezelen	24
5.5. Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptada e Hidroterapia	24
5.6. Grelha de Observação – Hipoterapia e Equitação Terapêutica.....	24
7. Apresentação resultados.....	26
7.1. Estudo dos dados do Grupo	26
7.1.1. Grelha de Avaliação do Comportamento (GOC).....	27
7.1.2 Programa de Exercício e Saúde (PES)	33
7.1.3. Grelha de Avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica	33
7.1.4. Grelha de Observação – Natação pura, natação adaptada e hidroterapia	41
7.1.5. Grelha de Observação – Snoezelen.....	50
8. Apresentação dos Estudos de Caso.....	54
8.1. Estudo de Caso I – FC.....	54
8.1.1 Plano de Intervenção FC.....	55
8.1.2 Dados da Avaliação inicial e da avaliação final da ECAP	55
8.1.3 Dados da avaliação inicial e final da EIA	56
8.1.4 Dados da avaliação inicial e final da EPR	57
8.2. Estudo de Caso II – JP	57
8.2.1 Plano de Intervenção JP	58
8.2.2 Dados da avaliação inicial e final da ECAP	58
8.2.3 Dados da avaliação inicial e final da EIA	60
8.2.4 Dados da avaliação inicial e final da EPR	60

9. Reflexão Final	62
10. Recomendações para a Intervenção.....	63
11. Dificuldades e Limitações.....	64
12. Atividades complementares de Formação	64
 IV. Conclusão.....	 66
 V. Referências Bibliográficas	 68
 VI. Anexos (Contactar autor).....	 73
 ANEXO A: Caraterização da População Apoiada.....	 i
ANEXO B: Grelha de Observação de Comportamento (GOC)	xi
ANEXO C: Resultados da avaliação inicial e final de cada cliente da GOC..	xxiv
ANEXO D: Grelha de Observação – Snoezelen.....	xxxix
ANEXO E: Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptada e Hidroterapia	xli
ANEXO F: Grelha de Observação – Hipoterapia e Equitação Terapêutica.....	xlvi
ANEXO G: Dados obtidos da Avaliação inicial do grupo PES	li
ANEXO H: Exemplo de Planeamento de Sessão e Relatório do grupo do ginásio	liii
ANEXO I: Exemplo de Planeamento de Sessão e Relatório do grupo do Tanque	lvii

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – DESCRIÇÃO DOS CLIENTES APOIADOS.....	14
TABELA 2 - SÍNTESE DOS CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO.	16
TABELA 3 - HORÁRIO DE ESTÁGIO NO CAO DA CERCIOEIRAS	19
TABELA 4 - CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO ANO LETIVO 2014/2015	19
TABELA 5 - CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO NA CERCIOEIRAS.....	20
TABELA 6 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS PELA ESTAGIÁRIA NO INÍCIO E NO FIM DA INTERVENÇÃO.....	21
TABELA 7 - OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO EM GRUPO	25
TABELA 8 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA GOC (N=14).....	27
TABELA 9 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA GRELHA DE AVALIAÇÃO HIPOTERAPIA E EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA	33
TABELA 10 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO - NATAÇÃO PURA NATAÇÃO ADAPTADA E HIDROTERAPIA.....	41
TABELA 11 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO – SNOEZELEN GRUPO 1	50
TABELA 12 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO - SNOEZELEN GRUPO 2.....	51
TABELA 13 - PERFIL PSICOMOTOR ÁREAS FORTES E ÁREAS A DESENVOLVER NO FC	55
TABELA 14 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA ECAP	55
TABELA 15 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA EIA	57
TABELA 16 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA EPR	57
TABELA 17 - PERFIL PSICOMOTOR JP ÁREAS FORTES E ÁREAS A DESENVOLVER.....	58
TABELA 18 - DADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA ECAP	59
TABELA 19 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA EIA	60
TABELA 20 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL DA EPR	60
TABELA 21 - ATIVIDADES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO.....	64

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

PII – Plano Individual de Intervenção

CA – Comportamento Adaptativo

ECAP – Escala de Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa

EIA – Escala de Intensidade de Apoios

EPR – Escala Pessoal de Resultados

GOC – Grelha de Observação de Comportamento

AVD'S – Atividades de Vida Diária

QI – Quociente Intelectual

QV – Qualidade de Vida

DID – Dificuldade Intelectual Desenvolvimental

T21 – Trissomia 21

PC – Paralisia Cerebral

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

DV – Deficiência Visual

AMA – Atividade Motora Adaptada

PES – Programa de Exercício e Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

NTBE – Núcleo Terapêutico e de Bem-Estar

NASU – Núcleo Atividades Socialmente Úteis

I. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), integra-se no Plano Curricular no 2ºano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM) pela Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa. De acordo com o seu Regulamento (Artigo 2º. RIRACP, 2014), o estágio tem como principais objetivos estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito multidisciplinar da Reabilitação Psicomotora, desenvolver a capacidade de planear, gerir e coordenar serviços no âmbito da Intervenção Psicomotora.

Este relatório apresenta especificamente o trabalho desenvolvido no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da CERCIOEIRAS, instituição que se dedica essencialmente à prestação de apoios e serviços a indivíduos com Dificuldades Intelectuais Desenvolvimentais, tendo como principais objetivos integrar, educar, reabilitar e cuidar os clientes, famílias e cuidadores. Decorreu entre outubro de 2014 e junho de 2015.

Deste modo, a estagiária pretende dar a conhecer um pouco das DID, a intervenção psicomotora com esta população, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, os diferentes contextos nos quais atuou, e ainda uma apresentação dos casos acompanhados, bem como os objetivos de intervenção e resultados obtidos.

O documento encontra-se dividido em duas partes principais: enquadramento teórico e institucional e a segunda na realização da prática profissional. A primeira parte é composta por um enquadramento teórico sobre a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, algumas temáticas relacionadas com esta população, a importância da Intervenção Psicomotora, os contextos nos quais a estagiária esteve inserida durante o estágio profissionalizante, o enquadramento legal e institucional formal e o papel do psicomotricista na CERCIOEIRAS. Na segunda parte do relatório é apresentada uma síntese da população apoiada pela estagiária, seguida dos objetivos de estágio, contextos de intervenção, os instrumentos utilizados para avaliação dos clientes, resultados obtidos e ainda uma descrição dos dois estudos de caso acompanhados.

A parte final do documento é composta pela reflexão pessoal do trabalho realizado pela estagiária e respetivas aprendizagens pessoais e profissionais.

II. Enquadramento Teórico e institucional

Neste primeiro capítulo, será realizado um enquadramento teórico relativo à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) e apresentados conceitos relacionados com esta perturbação e sua etiologia, de forma a contextualizar teoricamente o grupo de intervenção a que refere o presente relatório.

Será ainda feita uma abordagem à Psicomotricidade em geral, nos diversos contextos de intervenção na CERCIOEIRAS e por último é realizada uma caracterização do local de estágio, bem como o papel do psicomotricista nesta Instituição.

1. Dificuldade Intelectual Desenvolvimental

O termo Dificuldade Intelectual Desenvolvimental (DID) é relativamente recente e evoca um contexto ecológico, em que o indivíduo interage nos diversos contextos onde se encontra inserido, refletindo assim a necessidade de recorrer aos apoios necessários para melhorar esta interação com o meio envolvente (Schalock et al., 2007). Esta designação pôs fim ao termo deficiência, considerado estigmatizante e que se centrava apenas nas dificuldades individuais, ignorando os fatores externos que podem tornar o meio onde o indivíduo está inserido, pouco inclusivo (Morato & Santos, 2007). Deste modo, atualmente a DID é caracterizada por um conjunto de limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se manifestam nas habilidades sociais, conceituais e práticas que são diagnosticadas antes dos dezoito anos de idade (Schalock et al., 2010). Na mesma linha de descrição, o DSM V considera a DID como uma perturbação no funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceitual, social e prático (APA, 2014). De referir ainda que a DID engloba défices nas funções intelectuais que envolvem o raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, aprendizagem de competências escolares e profissionais. Nesta perturbação verificam-se ainda dificuldades ao nível do funcionamento adaptativo, observadas através de um desajuste comparativamente aos padrões da comunidade onde o indivíduo se encontra inserido ao nível da independência pessoal e da responsabilidade social. Este funcionamento adaptativo encontra-se dividido em três domínios:

- *Conceitual*: envolve competências no que diz respeito à memória, linguagem, leitura, escrita, raciocínio matemático, aquisição de conhecimentos e resolução de problemas;

- *Social*: relativo à perceção de pensamentos, sentimentos e experiências nos outros, empatia, julgamento social, capacidade de estabelecer relações com os pares;

- *Prático*: respeitante à aprendizagem e gestão nos diferentes episódios que ocorrem no dia-a-dia (incluindo os cuidados pessoais), controlo de dinheiro, autocontrolo e autorregulação e ainda a organização de tarefas profissionais ou escolares (APA, 2014).

No que concerne ao diagnóstico, a perturbação do desenvolvimento intelectual deve cumprir três critérios:

- A. Défices em funções intelectuais como o raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, discernimento, nas competências académicas e aprendizagem através da experiência, confirmados através de uma avaliação clínica composta por testes de inteligência individualizados e estandardizados.
- B. Défices no comportamento adaptativo, que originam dificuldades ou até mesmo a impossibilidade em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais ao nível da independência pessoal e responsabilidade social. Sem a existência dos apoios necessários ao indivíduo, estes défices no comportamento adaptativo limitam o funcionamento numa ou em mais atividades da vida diária como a comunicação, participação social e vida independentes, nos diversos contextos em que o sujeito se encontra inserido, como a sua habitação, escola, trabalho e comunidade.
- C. O início dos défices intelectuais e adaptativos devem surgir durante o período de desenvolvimento.

Importa salientar que os níveis de gravidade da perturbação do desenvolvimento intelectual são definidos com base no funcionamento adaptativo que por sua vez

determina qual o nível de apoio que o indivíduo necessita e não através dos valores de QI.

1.1 Perspetiva histórica e conceitos

1.1.1. Comportamento Adaptativo

O conceito de Comportamento Adaptativo (CA) tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, sendo que, desde 1959 a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), passou a considerar o CA como um critério de diagnóstico da DID. Este facto deveu-se ao aumento dos estudos na área das DID, que permitiu concluir o papel do contexto no desenvolvimento assim como no despiste de dificuldades e diagnóstico da DID (Luckasson et al., 2002). Atualmente, o comportamento adaptativo é definido como “o conjunto de habilidades apreendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere” (Santos & Morato, 2012 p. 28). Esta definição leva a que o comportamento do indivíduo com DID, seja avaliado na sua totalidade, levando assim a uma melhor compreensão das necessidades, das suas necessidades e interesses, permitindo deste modo, uma intervenção mais eficaz (Tassé et al., 2012).

1.1.2. Apoios

Os apoios na DID são avaliados mediante os indicadores de qualidade de vida e características individuais de cada indivíduo, visando assim a promoção de oportunidades, um crescimento pessoal, inclusão na Comunidade e autodeterminação (Schalock et al., 2007).

Podem ser definidos como recursos ou estratégias que visam a melhoria do funcionamento global do indivíduo, sendo que nesta população especificamente, as necessidades de apoio são referentes ao padrão e à intensidade de apoio que o indivíduo requer para ter funcionalidade (Thompson et al., 2009). A importância da existência deste novo sistema de classificação justifica-se na medida em que permite definir os apoios que a pessoa com DID necessita a fim de se inserir de forma digna e ajustada na comunidade (Schalock & Luckasson, 2004). Assim, este sistema de classificação permite avaliar as necessidades específicas do indivíduo, bem como os apoios que o mesmo necessita (Thompson et al., 2009). Mediante este sistema de classificação, a pessoa com DID poderá necessitar de distintas tipologias de apoio tais como:

- *Apoios intermitentes*: de natureza esporádica, o indivíduo não necessita sempre de apoio. Este ocorre ocasionalmente em períodos críticos, como perder o emprego ou ter algum problema de saúde e, ainda em etapas de transição, podendo ser de alta ou baixa intensidade;
- *Apoios limitados*: manifestam alguma consistência ao longo do tempo, de natureza contínua, como é o exemplo da necessidade de apoio na transição para a vida ativa;
- *Apoios extensivos*: de carácter regular, ocorrem diariamente em pelo menos um dos contextos em que o indivíduo se encontra inserido, como o emprego, escola ou em casa, sem um tempo de aplicação definido;
- *Apoios pervasivos*: caracterizados pela sua regularidade, de alta intensidade, necessários em todos os contextos em que o indivíduo está inserido (Thompson et al., 2009).

Este sistema de apoios permitirá que o indivíduo receba os meios necessários para promover o seu desenvolvimento físico, material, emocional e ainda melhorar o seu funcionamento individual, mediante as suas características pessoais (Schalock et al., 2010).

1.1.3 Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida (QV) é abrangente, pelo que não existe uma definição consensual única, motivo pelo qual serão abordados os conceitos considerados mais relevantes no contexto das DID.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV poderá ser entendida como a percepção individual de cada indivíduo, mediante o contexto, cultura e valores em que o mesmo se encontra inserido, consoante os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1997).

Outra definição proposta por Schalock, Gardner & Bradley (2007), consideram que a QV engloba um conjunto de domínios que retratam valores e experiências positivas na vida, independentemente da cultura, bem como os domínios relacionados com o bem-estar de cada indivíduo. No que respeita à DID, Schalock & Alonso (2002), referem que a QV é constituída por elementos subjetivos e objetivos inerentes aos indivíduos, que derivam de fatores ambientais como a família, local de residência, amigos, entre outros.

Relativamente à avaliação da QV Schalock, Gardner & Bradley (2007), sugerem ainda que existem quatro princípios fundamentais, em que o primeiro consiste no grau de experiências que vão obtendo ao longo da vida e os aspetos importantes para a melhoria das mesmas. O segundo é inerente aos domínios que contribuem para uma vida plena e o terceiro princípio considera todos os contextos onde o indivíduo está inserido, mostrando a importância que cada domínio representa na vida dos indivíduos e o último princípio inclui medidas objetivas e subjetivas que são comuns a todos os indivíduos.

Brown, Schalock & Brown (2009), referem que existem questões que devem continuar a ser abordadas e estudadas, tais como: o indivíduo com DID e a sua família devem estar inseridos na comunidade de forma inclusiva, usufruir de ajudas de suporte, exercer práticas sociais que reflitam o conceito de qualidade de vida e as associações, entidades empregadoras, e não só, devem implementar o modelo de qualidade de vida. Torna-se também imprescindível desenvolver políticas públicas que enfatizem a importância da qualidade de vida e avaliar e monitorizar políticas e práticas sociais que assegurem aos indivíduos com DID e às suas famílias uma qualidade de vida adaptada aos seus interesses e gostos pessoais.

1.2 Epidemiologia

De acordo com os dados dos Censos de 2011 sobre a Deficiência, 6,1% da população portuguesa tem algum tipo de deficiência, sendo que, 0,7% tem DID e 0,1% Paralisia Cerebral. De referir ainda que no género masculino há mais prevalência de DID que no género feminino (Censos, 2011). A prevalência estimada de DID a nível mundial é de 1% que corresponde a 70 milhões de pessoas com este tipo de dificuldades (Tsakanikos & McCarthy, 2014). Estes autores referem ainda que a epidemiologia desta população é influenciada por diferentes aspetos socioeconómicos e por características sociodemográficas, pelo que um estatuto socioeconómico mais baixo pode aumentar a predisposição para obter este diagnóstico e passar a infância num meio mais rural também parece diminuir o desenvolvimento de comportamentos adaptativos ajustados. Alguns estudos realizados permitem observar que esta condição é mais prevalente no género masculino (Tsakanikos & McCarthy, 2014).

1.3 Etiologia

Podem ser inúmeros os fatores que podem estar na origem de uma DID, pelo que se torna importante a sua compreensão e conhecimento para que esta população possa receber um apoio mais individualizado e adaptado às suas necessidades (Schalock et al., 2007). Este autor refere que as características da DID provêm de um modelo multifatorial, dividido em quatro fatores principais causais:

- *Fatores biomédicos*: relacionados com os processos biológicos dos indivíduos nomeadamente má nutrição ou alterações genéticas;

- *Fatores sociais*: relacionados com as interações sociais e familiares como a falta de estimulação ou de sentido de responsabilidade dados por adultos;
- *Fatores comportamentais*: manifestados através de comportamentos de risco como o abuso de substâncias da mãe durante a gravidez e
- *Fatores educativos*: relacionados com os apoios educativos prestados que permitem um desenvolvimento de habilidades adaptativas ajustadas. Estes fatores podem então contribuir para o desenvolvimento de uma DID, que podem surgir antes, durante ou após o nascimento da criança (Schalock et al., 2007).

1.4 Trissomia 21

A Trissomia 21 (T21) surge devido à presença de um cromossoma extra no par de cromossomas 21, sendo associada a um conjunto de dificuldades ao nível cognitivo, no comportamento adaptativo ao nível das habilidades concetuais, sociais e adaptativas (Pitetti, Baynard, & Agiovlasitis, 2013).

Os indivíduos com T21 durante a infância e adolescência apresentam uma baixa capacidade cardiovascular e muscular, uma predisposição acrescida para o excesso de peso e para a obesidade e têm dificuldade em realizar a dose diária de atividade aeróbia recomendada (Pitetti, Baynard & Agiovlasitis, 2013). Esta população apresenta ainda uma locomoção deficitária, dificuldades na coordenação motora global, na comunicação e na socialização e um desenvolvimento mais lento do que seria expectável (Abellán & Vicente, 2002). De referir ainda que, apresentam uma baixa tolerância à frustração, bem como uma baixa autorregulação, uma menor capacidade de concentração e falta de motivação (Abellán & Vicente, 2002).

1.5 Paralisia cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) representa um conjunto de distúrbios não progressivos no desenvolvimento motor, movimento e postura, que ocorrem no cérebro em desenvolvimento (Aker & Anderson, 2007). Este conjunto de distúrbios motores podem ser acompanhados de dificuldades nos domínios cognitivo, comportamental e sensorial (Krägeloh-Mann & Cans, 2009). As manifestações clínicas variam de acordo com a localização da área afetada, no entanto, importa referir que existem inúmeras definições de Paralisia Cerebral e isto deve-se à grande quantidade de dificuldades manifestadas pelos indivíduos, bem como os diferentes graus de comprometimento (Bax et al., 2005). Na idade adulta, verifica-se uma diminuição da função e da mobilidade, flexibilidade muscular, força e resistência, aumento da espasticidade, artrite, fraturas, dor e fadiga (Haak, Lenski & Paneth, 2009). Estes autores referem ainda que se verifica uma diminuição da capacidade auditiva já durante a infância e que na idade adulta se acentua, levando a um comprometimento da comunicação.

1.6 Perturbação do espectro do autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é considerada uma perturbação do neurodesenvolvimento e caracteriza-se essencialmente por défices na interação social nos mais variados contextos, em comportamentos não-verbais e em habilidades para estabelecer, manter e compreender relações com os pares (APA, 2014). Além dos défices na comunicação social, verificam-se ainda comportamentos repetitivos, e interesses restritos em algumas atividades. Na PEA pode-se ainda observar ainda inflexibilidade mediante a mudança de rotinas, bem como hiper-reatividade a determinados estímulos sensoriais do ambiente, como cheirar ou tocar objetos de forma desajustada, fascínio por luzes ou movimento e/ou sensibilidade excessiva ao ruído (APA, 2014). Pode-se também verificar um comprometimento intelectual e/ou ao nível da linguagem, levando a uma discrepância entre habilidades funcionais adaptativas e intelectuais (APA, 2014). Outro aspeto relevante na PEA é a presença de défices motores, como problemas de coordenação, tropeçar em objetos, dificuldade na

aquisição das habilidades motoras básicas como correr, pintar, transportar, escrever, entre outras (APA, 2014).

1.7 Deficiência Visual

A Deficiência Visual (DV) compreende um espectro bastante alargado de conceitos, contudo, serão apenas expostos os considerados mais relevantes. Deste modo, o indivíduo com deficiência visual apresenta um comprometimento na área sensorial, especificamente na visão (Fonseca, Cunha & Anumo, 2002). Ao nível clínico, para que o indivíduo possa ser considerado cego deverá apresentar limitações na acuidade visual (capacidade para perceber e discriminar pormenores de um objeto a uma determinada distância) e no campo visual (Ladeira & Queirós, 2002; Fonseca, Cunha & Anumo, 2002).

Assim, a DV pode ser dividida em pelo menos três níveis:

- *Cegueira e visão residual*, inclui indivíduos que apresentem acuidade visual de 0 a 20, ou seja, tenham um ângulo visual restrito a vinte graus de amplitude;
- *Visão subnormal*, respeitante a uma condição em que os indivíduos possuem um resíduo visual e uma possibilidade de correção através de meios óticos especializados.

Assim, estabelecendo uma distinção entre cegueira e visão residual, podemos referir que na cegueira a visão é quase nula e poderá ter um impacto significativo nas AVD'S do indivíduo e na visão residual apresentam uma acuidade visual de 20 a 200 no melhor olho e após correção ótica (Fonseca, Cunha & Anumo, 2002). No que diz respeito aos sintomas pode observar-se pálpebras vermelhas e inchadas, olhos vermelhos, lacrimejar frequente, o aproximar demasiado objetos dos olhos, cansar-se facilmente de tarefas que exijam utilizar a visão de perto, dificuldade em manter-se concentrado em tarefas académicas, entre outros (Ladeira & Queirós, 2002).

2. Intervenção Psicomotora

A Psicomotricidade compreende uma mediatização corporal e expressiva, na qual o terapeuta, professor ou educador, estuda e minimiza condutas inadequadas e inadaptadas em diversas situações, geralmente relacionadas com problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de aprendizagem, de comportamento ou de âmbito psicoafectivo. Por outras palavras, a psicomotricidade compreende uma visão holística do ser humano, em que se pretende associar o ato ao pensamento, o gesto à palavra, e as emoções aos conceitos (Fonseca, 2001, p.10). Outra definição igualmente pertinente, sugere que a Psicomotricidade é uma prática, que permite o desenvolvimento global do indivíduo, através do corpo e do movimento e das suas interações físicas, simbólicas e cognitivas com o meio que o rodeia (Aragón, 2007). Em suma, a Psicomotricidade visa privilegiar a qualidade da relação afetivo-emocional, a disponibilidade tónica, a segurança gravitacional e o controlo postural, a dimensão existencial, lateralização e direccionalidade e a sua dimensão existencial como componentes fundamentais da e globais da adaptabilidade, da aprendizagem e do seu ato mental (Fonseca, 2001, p. 11).

A Terapia Psicomotora é considerada uma abordagem para os problemas da motricidade perturbada, tendo como princípio base, apoiar o indivíduo nos diversos contextos de adaptação, no seu quotidiano (Fonseca, 2006, p.81). Esta terapia visa melhorar as estruturas psíquicas responsáveis pela transmissão, execução e controlo do movimento, com base numa maior disponibilidade corporal (Fonseca, 2006, p.81). Por sua vez, o sucesso da Terapia Psicomotora depende exclusivamente das pessoas implicadas nesta terapia, em que o olhar, a mímica facial, os movimentos corporais são mais facilmente compreendidos e apreendidos do que os processos convencionais verbais de aceitação e de compreensão (Fonseca & Martins, 2001, p. 39). Assim, os objetivos principais desta terapia são melhorar a atividade mental através da elaboração, transmissão, execução e controlo do movimento, reconhecer as direções, proporções e permanências, eliminar ou minimizar sincinesias e paratonias, aumentar

a disponibilidade e facilitar as reações adaptativas, inibir pulsões motoras e aperfeiçoar a capacidade de estabelecer relações e de comunicar (Fonseca, 2001, p.90).

A Intervenção Psicomotora consiste numa reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, na qual o Psicomotricista estuda e intervém na expressão motora inadequada ou inadaptada, em diversas situações, geralmente relacionadas com problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (European Forum of Psychomotricity, 2012). A Intervenção Psicomotora compreende três âmbitos de intervenção: Preventivo, que visa a promoção e estimulação do desenvolvimento, Educativo que pretende a estimulação do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem, e o âmbito Reedutivo ou Terapêutico, que procura uma intervenção nos problemas de desenvolvimento, de aprendizagem e/ou comportamento, e, ainda, patologias de ordem psíquica que comprometem a qualidade de vida do indivíduo (European Forum of Psychomotricity, 2012).

O Psicomotricista enquanto profissional está apto para trabalhar em equipas multidisciplinares, em instituições ou em contexto privado, para formar adultos, profissionais e familiares; para receber visitas ou estagiários de reabilitação psicomotora, bem como informar acerca das dinâmicas praticadas na instituição onde se encontra empregado. No que concerne à investigação, o psicomotricista contribui para a investigação de outras áreas e de outros profissionais, cria e executa planos, participa em formações e publica artigos científicos (European Forum of Psychomotricity, 2012).

2.1 Intervenção Psicomotora com adultos com DID

Segundo Schalock, Gardner & Bradley (2007), e de acordo com a nova nomenclatura utilizada, o modelo de funcionamento humano de Buntix e Schalock criado em 2010, para os indivíduos com DID e o Modelo de (Luckasson et al., 2002) enfatizam a necessidade de apoios em cinco domínios, funcionamento intelectual, comportamento adaptativo, saúde, participação e contexto nos diferentes contextos em que estão inseridos por forma a ter um Funcionamento Independente (Wehmeyer, 2003). Estes autores propõem 3 estratégias eficazes para intervir com indivíduos com DID sendo que a primeira consiste em disponibilizar poder económico a esta população, a segunda numa organização das instituições, para que possam ser devidamente incluídos na comunidade e a terceira consiste na realização de uma avaliação completa do indivíduo, a fim de ser estabelecido um plano individual direcionado para as suas necessidades e verificação dos apoios que o mesmo necessitará, de modo a que a sua vida seja digna e de acordo com os gostos pessoais (Schalock, Gardner & Bradley, 2007). Após a criação deste plano individual, Brown (2010), considera que é fundamental que estes indivíduos adquiram competências e habilidades sociais, tais como cuidar da sua própria roupa e higiene, cozinhar, manter o espaço onde vivem limpo e arrumado, fazer chamadas telefónicas e compras, estabelecer relações com os outros indivíduos, estar consciente dos perigos existentes e defender os seus direitos. Para tal, é importante, que sejam criadas as condições necessárias para que estas competências sejam adquiridas, sendo fulcral que esta população seja acompanhada por uma equipa multidisciplinar, enfatizando-se aqui o papel que a psicomotricidade pode assumir.

Tal como já foi referido anteriormente, a intervenção psicomotora visa criar uma harmonia e equilíbrio entre o domínio psíquico e o domínio motor, a fim de que o indivíduo esteja a adaptado aos diferentes contextos onde está inserido, através de uma visão holística (Fonseca, 2001, p. 81). Este autor refere que a Intervenção Psicomotora se torna relevante nas populações com DID, visto que, provoca benefícios motores, funcionais, psíquicos, escolares, afetivos e sociais. No que diz respeito aos efeitos motores e funcionais verifica-se uma melhoria da organização dinâmica, respostas motoras ajustadas, um aumento da atenção e concentração, um enriquecimento dos comandos neuro-motor e precisão dos dados somatognósticos e espaciotemporais (Fonseca, 2001, p. 89). No que concerne aos efeitos psíquicos e/ou escolares, a

intervenção psicomotora favorece um aumento da disponibilidade tónico-muscular, um aperfeiçoar do ritmo, valoriza a atenção, enriquece as noções lógicas, a capacidade de adaptação bem como uma maior consciencialização da ação (Fonseca, 2001, p.89). Relativamente aos efeitos afetivos, caracteriais e sociais, permite uma valorização da expressão e da comunicação, diminui conflitos, aumenta a autoestima e a autoconfiança, combate complexos de inferioridade e de culpabilização, melhora as possibilidades de ação e as relações interpessoais e uma melhor compreensão das atitudes intra e interpessoais (Fonseca, 2001, p. 89).

Quanto aos métodos utilizados para a intervenção com esta população, alguns autores referem que estes poderão incluir métodos de relaxação, atividades expressivas facilitando aquisições do domínio motor e psíquico (Fonseca & Martins, 2001, p.7).

2.1.1 Psicomotricidade e meio aquático

São reconhecidos e estudados os benefícios, efeitos terapêuticos e fisiológicos da água, resultantes das forças físicas que atuam sobre o organismo (Ruoti, Morris & Cole, 2003). A água é um fluido, que apresenta características que influenciam positivamente a tonicidade, a mobilidade e o equilíbrio do corpo, em que o corpo está imerso em água, e as forças atuam sobre ele (Matias, 2010). Deste modo, verificam-se inúmeras vantagens no meio aquático, sendo que as principais incluem o desenvolvimento de capacidades físicas básicas como a força, velocidade, resistência, flexibilidade, coordenação, equilíbrio e agilidade, o desenvolvimento motor, o desenvolvimento das funções intelectuais e o desenvolvimento dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção de corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina) (Marin, 2004).

No que concerne às vantagens do meio aquático relativamente ao meio terrestre verifica-se o surgimento de um efeito relaxante sobre a dor e sobre os espasmos musculares, uma melhoria da circulação sanguínea devido à ação térmica da água sobre o corpo que conduz a uma ativação do sistema circulatório, e por outro lado a pressão da água exercita sobre o organismo um melhor funcionamento do sistema venoso, permitindo obter efeitos relaxantes ou estimulantes em função da temperatura e produz uma maior sensação de bem-estar (Marin, 2004).

A atividade em meio aquático apresenta ainda benefícios no domínio social onde o contacto e a interação com os colegas no contexto favorecem a criação uma relação empática evitando situações de isolamento ou de discriminação, potencia o desenvolvimento do autoconhecimento e promove um equilíbrio do estado emocional (Marin, 2004). Por sua vez, a realização de jogos sensoriomotores e as atividades dirigidas, promovem a expressão corporal e a realização de movimentos livres que levarão a que o indivíduo aumente a sua autoconfiança e melhore as relações interpessoais (Velasco, 2013).

As sessões em meio aquático podem ser individuais ou em grupo, pelo que nas sessões em grupo o técnico deverá recorrer ao jogo, que permitirá a promoção do desenvolvimento global do indivíduo. É através do jogo que o indivíduo poderá mostrar as suas competências motoras, cognitivas, comunicativas e sociais (Matias, 2010). Relativamente à metodologia utilizada nas atividades aquáticas, existem quatro elementos fulcrais a ter em conta, o técnico, o indivíduo que aprende, as atividades propriamente ditas e o contexto em que as sessões decorrem (Matias, 2010). O técnico deverá ser empático e mostrar-se confiante e seguro no meio. É igualmente importante que o técnico esteja sempre atento a todos os episódios que vão ocorrendo durante a sessão e que consiga manter a distância adequada do indivíduo e que dê o apoio caso seja necessário. Quanto ao indivíduo que aprende, o técnico deverá ter em conta a etapa de desenvolvimento em que o mesmo se encontra, bem como a sua idade e características pessoais. No que concerne às atividades, deverão ser sempre ajustadas as necessidades e interesses pessoais do indivíduo. Por fim, no contexto o técnico deverá sempre ter em conta as condições físicas da piscina e do próprio espaço envolvente, sendo que a duração ideal das sessões é de trinta minutos, podendo

estender-se até aos 45 minutos. A distribuição das atividades da sessão deverá ser a seguinte: o momento de entrada e aquecimento deverá ter uma duração entre 5 a 10 minutos, o momento fundamental da sessão deverá ter uma duração entre 15 a 20 minutos e o momento de relaxamento e saída deverá rondar os 5 minutos (Matias, 2010). No que concerne aos materiais utilizados neste contexto de intervenção, podem ser utilizadas braçadeiras, rolos, pranchas, tapetes, flutuadores, argolas, bolas, bonecos de borracha, entre outros (Matias, 2010).

2.1.2 *Psicomotricidade e atividade motora adaptada (AMA)*

A atividade motora adaptada constitui um campo profissional e científico de grande importância, indicada para pessoas com deficiência, com o objetivo de adaptar as atividades motoras tornando-as menos complexas e mais acessíveis a esta população (Rodrigues, 2006). No entanto, importa salientar que a AMA não se destina apenas a pessoas com deficiência, visto que, o objetivo principal não é classificar, mas sim verificar o nível de funcionalidade e as dificuldades que as mesmas apresentam (Rodrigues, 2006). A AMA pode dividir-se em vários âmbitos: educativo, recreativo, competitivo, terapêutico e preventivo (Hernández, 2003). Especificamente na DID, a AMA deverá considerar alguns aspetos importantes como a decomposição de tarefas por forma a que se tornem perceptíveis para a população, supervisionar e apoiar, respeitar as características físicas do indivíduo e posteriormente as suas dificuldades que podem ser respiratórias, digestivas, metabólicas, cognitivas, bem como dificuldades no comportamento adaptativo ocorrendo mudanças bruscas de humor e manifestação de comportamentos estereotipados (Hernández, 2003). Este autor propõe algumas estratégias importantes para trabalhar com populações com dificuldades, como promover a estimulação e diminuir o tempo de inatividade, priorizar a noção de corpo, estruturação espaço-temporal e restantes fatores psicomotores, estimular a capacidade de se expressar e potencializar o desenvolvimento de competências motoras e cognitivas, permitindo assim um controlo do peso corporal, desenvolvimento de determinados grupos musculares que levarão a uma maior funcionalidade e a um aumento da qualidade de vida.

2.1.3 *Psicomotricidade e espaços snoezelen*

O conceito de snoezelen é relativamente recente e surgiu na década de 70, no centro Haarendael, na Holanda (Verheul, 2014). O snoezelen inicialmente era visto como uma atividade de lazer para pessoas com dificuldades intelectuais severas. Este conceito foi criado com o objetivo de colmatar as lacunas existentes nas instituições, visto que, as atividades ocupacionais e de lazer não iam de encontro às necessidades e aos interesses pessoais destas populações (Verheul, 2014). O princípio base teste tipo de terapia assenta no facto de que estes indivíduos possam escolher o espaço que preferem dentro do espaço Snoezelen, respeitando sempre o seu ritmo e interesses pessoais. Outro princípio base desta terapia é que nada deve ser imposto, e tudo é permitido, pretendendo-se que o indivíduo tenha um momento prazeroso, neste contexto, em que lhe é permitido escolher a atividade que prefere, ou simplesmente, ficar a observar os diferentes estímulos presentes na sala (Verheul, 2014). Dado o sucesso e o impacto positivo desta terapia, passou a ser utilizada por todos os tipos de populações, sendo visíveis e significativas as mudanças principalmente ao nível comportamental e social (Verheul, 2014).

O espaço snoezelen deverá ser calmo e securizante, sendo que a música apresenta um papel facilitador e preponderante neste mesmo espaço (Verheul, 2014). O espaço de estimulação sensorial deverá conter objetos, luzes, música e cheiros que estimulem os cinco sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar).

Relativamente aos materiais nos espaços snoezelen, estes diferem de instituição para instituição, no entanto, os mais comuns são o colchão de água, almofada vibratória, tapete sensorial, puf, tubos de água com bolhas coloridos com ou sem switch para mudar as cores, música, bola espelhada, painel de desenho giratório, fibras óticas, painel de essências, painel luminoso giratório e piscina de bolas (Lázaro, 2002).

2.1.4 Psicomotricidade – Hipoterapia e Equitação Terapêutica

A Hipoterapia pode ser definida como “tratamento com a ajuda de um cavalo” (Miranda, 2000), ou, como um método de intervenção em que são realizadas atividades para atingir objetivos terapêuticos nos domínios físico, emocional, social, cognitivo, comportamental e educacional (Lessick et al., 2004). A Sociedade Hípica Portuguesa (2010), define a Hipoterapia como uma abordagem de orientação clínica, que é orientada por profissionais da Saúde com o apoio de Equitadores e cavalos treinados e preparados para esse mesmo efeito, em que os principais objetivos são neuromotores (otimização dos padrões motores, eliminação de comportamentos disruptivos, melhoria da sensibilidade corporal) (Miranda, 2000). No que concerne aos princípios base deste tipo de intervenção, verifica-se que o cavalo provoca uma resposta por parte do indivíduo que está a usufruir da terapia, e os seus movimentos provocam inúmeros benefícios, sendo eles a melhoria da postura e do equilíbrio, o aumento da coordenação, um maior controlo muscular, diminuição da espasticidade, uma melhoria da estimulação sensoriomotora propriocetiva, regulação dos fatores psicomotores. A Hipoterapia permite ainda um relaxamento muscular, um aumento da confiança e autoestima, melhoria da autoimagem, um aumento no desenvolvimento das capacidades de socialização, bem como a aquisição de competências quer ao nível cognitivo, quer ao nível motor (Lessick, 2004; Miranda, 2000).

Na Equitação Terapêutica, os objetivos são direcionados para necessidades específicas na área educacional, psicológica ou cognitiva. Nesta vertente, são ensinadas técnicas específicas para montar o cavalo. Neste modelo de intervenção, o técnico responsável é o Terapeuta ou o Equitador, que deverá estabelecer um contacto direto com todos os intervenientes do processo de reabilitação do indivíduo (educadores, psicólogos, terapeutas e pais) a fim de definir os objetivos terapêuticos (Sociedade Hípica Portuguesa, 2010).

3. Enquadramento Legal

3.1 Centro de Atividades Ocupacionais

Segundo o Instituto de Solidariedade Social, IP., (2014), os Centros de Atividades Ocupacionais destinam-se a pessoas com idade igual ou superior a 16 anos, com deficiência grave e/ou profunda que requerem apoios específicos e não se encontram aptas para desempenhar uma atividade profissional. Os CAO têm como objetivos principais estimular e promover o desenvolvimento das capacidades dos indivíduos que os frequentam, bem o reforço da autoestima, autonomia pessoal e social, a proximidade com os familiares e a comunidade, para integrar pessoas com dificuldades e ainda o encaminhamento, sempre que possível, para programas de integração social e profissional (Decreto-lei n.º18/89). Este apoio é dotado de atividades socialmente úteis e estritamente ocupacionais, apoio técnico permanente e participação em ações culturais e recreativas (Decreto-lei n.º18/89).

O Modelo de funcionamento do CAO da CERCIOEIRAS está baseado nos Manuais de Processos Chave da Segurança Social, estando assim a planificação de atividades agrupada por áreas e serviços prestados:

- *Atividades Estritamente Ocupacionais* – atividades/tarefas que visam a transformação de matérias-primas em produtos finais e a manutenção e/ou desenvolvimento de competências do cliente. Esta aquisição de competências poderá servir de pré-treino para que os clientes possam integrar atividades socialmente úteis (exemplos: montagem de bucins, embalamento produtos Oriflame e Atividades domésticas simples (levar o lixo, limpar mesas, arrumar peças e regar canteiros).

- *Atividades Socialmente úteis* – atividades que se destinam a transformar matérias-primas em produtos finais ou na prestação de serviços com utilidade social, que visam a manutenção e o desenvolvimento de competências do cliente e facilitar uma possível

transição para programas de integração socioprofissional. Podem ser desenvolvidas na CERCIOEIRAS e/ou em equipamentos da comunidade.

- *Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social* – atividades que pretendem promover as competências de relacionamento interpessoal, a autodeterminação, o bem-estar, a cidadania e a participação social do cliente (autorrepresentantes), participação em atividades sociais, atividades académicas, espaço mulher, dança, música, teatro e utilização dos serviços da comunidade) (exemplos: passeios, participação em eventos recreativos e estimulação cognitivo-percetiva).

- *Atividades Lúdico-terapêuticas* – pressupõem a reabilitação neuro-motora, a estimulação sensorial e a promoção da autonomia com vista o bem-estar e a qualidade do cliente (terapias, snoezelen, desportivas e lazer) (exemplos: snoezelen, hipoterapia, hidroterapia, estimulação sensorial, estimulação motora global, relaxamento, posicionamentos, caminhadas/treinos de mobilidade, terapia ocupacional e fisioterapia) (CERCIOEIRAS, 2015a).

As refeições (apoio no almoço e lanche), os cuidados pessoais (prestação de cuidados de higiene e imagem), a administração terapêutica (preparação da medicação de clientes externos e assistência medicamentosa) e transportes de clientes de casa para a instituição e retorno são outros apoios/serviços prestados.

Deste modo, os clientes encontram-se distribuídos em dois grandes núcleos, distintos mediante o grau de capacidade e necessidades: Núcleo Terapêutico e de Bem-estar (NTBE) e Núcleo Atividades Socialmente Úteis (NASU).

No Núcleo Terapêutico e de Bem-estar em termos de funcionalidade e mobilidade, a maior parte dos clientes apresenta um elevado grau de dependência nas atividades de vida diária, necessitando de apoio e supervisão de uma terceira pessoa na sua concretização, bem como para a prestação de todos os cuidados pessoais.

Mediante as características da população, considerou-se pertinente dar prioridade às atividades lúdico-terapêuticas, tais como, apoios individuais e de grupo de fisioterapia e terapia ocupacional, estimulação sensorial, snoezelen, hidroterapia, atividade motora adaptada, hipoterapia, posicionamentos e caminhada (CERCIOEIRAS, 2015a).

Sendo este núcleo constituído essencialmente por clientes com uma média de idades mais elevada e devido ao envelhecimento precoce característico desta população, observa-se um crescente desinteresse/dificuldade na realização de atividades ocupacionais, minimizando assim gradualmente a sua prestação nas mesmas. Observa-se ainda uma necessidade acrescida de realizar atividades que promovam a qualidade de vida e o bem-estar desta população.

Tendo em conta que a maioria dos clientes deste núcleo se encontra em regime de internato e apresentam dificuldades motoras e cognitivas acentuadas, considera-se então relevante a promoção de atividades recreativas e de lazer no exterior tais como a realização de passeios e caminhadas.

Relativamente ao Núcleo Atividades Socialmente Úteis (NASU) é constituído por 38 clientes sendo 18 do género feminino e 20 do género masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 67 anos de idade.

Em termos de funcionalidade, a maioria consegue ter autonomia na concretização de atividades e tarefas, embora alguns clientes necessitem sempre de apoio (verbal e/ou físico) na supervisão e orientação das suas atividades. Apenas alguns jovens necessitam de apoio de terceira pessoa nas AVD's (CERCIOEIRAS, 2015a).

Os clientes mediante as suas competências de desempenho e comportamento social, manifestam capacidades de desempenhar atividades de carácter socialmente útil, enquanto para outros as atividades têm um carácter estritamente ocupacional.

Foram então criados 3 grupos: um com um perfil mais direcionado para um desempenho autónomo na gestão das suas atividades socialmente úteis diárias e dois grupos com um perfil mais adaptado a atividades ocupacionais e que por sua vez, também necessitam de uma resposta com carácter terapêutico.

Em termos funcionais, propõe-se que exista uma dinâmica ativa entre os 3 grupos, assegurando que as 3 oficinas estão em funcionamento constante e diário, em

sistema de rotatividade, permitindo que os clientes tenham sempre uma resposta de atividade assegurada.

Importa referir que alguns dos clientes que participam nestas 3 oficinas, não pertencem ao núcleo ASU, no entanto, podem participar ativamente em atividades de inclusão no contexto das oficinas e atividades, estimulando assim a socialização e a interação (CERCIOEIRAS, 2015a).

4. Enquadramento institucional formal

A CERCIOEIRAS, Cooperativa de Educação e Reabilitação dos Cidadãos com Incapacidade, CRL, foi fundada em 1975, por um grupo de pais e técnicos e destina-se a indivíduos com DID. Inicialmente tratava-se de uma Escola de Educação Especial com Unidade Residencial.

Atualmente é uma Cooperativa de Solidariedade Social e de Utilidade Pública, com sede em Barcarena que visa uma organização de excelência e referência na construção de uma sociedade inclusiva, tendo como principal missão integrar, educar, reabilitar e cuidar, ao longo da vida, os seus clientes e respetivas famílias e cuidadores, com excelência e sustentabilidade. Os valores defendidos pela instituição assentam no Respeito pela Pessoa, a qualidade e excelência, cooperação, responsabilidade social, inovação, empreendedorismo e responsabilidade ambiental.

A CERCIOEIRAS disponibiliza aos seus clientes respostas sociais como a Intervenção Precoce (IP), a Escola de Educação Especial (EEE), o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), a Unidade Residencial (UR), o Centro de Recursos para a Inclusão (CRI), o Núcleo de Atividades Terapêuticas e Temporárias (NATT), o Banco de Equipamentos e Tecnologias de Apoio (BETA) e Atividades de Enriquecimento Curricular do º ciclo do Ensino Básico (AEC).

Esta Instituição é dotada de uma equipa com capacidade técnica e de trabalho, boas instalações e estabilidade financeira perfazendo assim as condições necessárias para continuar focada na melhoria contínua dos serviços prestados à população com deficiência e outras vulnerabilidades bem como à população geral.

Durante o ano de 2014, com uma média de 85 colaboradores permanentes, e 20 prestadores de serviços, deu apoio a 972 clientes, sendo que, no CAO atualmente estão cerca de 97 clientes (CERCIOEIRAS, 2015b).

A Equipa Técnica do CAO é multidisciplinar, constituída por uma Diretora Técnica Doutora Raquel Pereira (Terapeuta Ocupacional), três técnicas de Terapia Ocupacional, três técnicos de Reabilitação Psicomotora, três terapeutas da fala, fisioterapeutas, um professor de educação física, uma assistente social, monitores e auxiliares de atividades ocupacionais.

4.1. Contexto Funcional

O CAO da CERCIOEIRAS apoia 97 clientes com uma média de 85 colaboradores permanentes, e a sua equipa técnica é multidisciplinar e constituída por uma Diretora Técnica, Técnicos Superiores de Reabilitação Psicomotora, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da fala, Fisioterapeutas, um Professor de Educação Física, Monitores e Auxiliares de Atividades Ocupacionais (CERCIOEIRAS, 2015b). Seguidamente, será abordado o papel do Psicomotricista no CAO da CERCIOEIRAS, visto ser neste âmbito que se desenvolveu o estágio.

4.2. Papel do Psicomotricista na CERCIOEIRAS

O psicomotricista pertence à equipa de Técnicos de Reabilitação Psicomotora, que se encontra incluída numa equipa multidisciplinar que tem objetivos comuns e reúne-se formalmente uma vez por semana, a fim de providenciar uma troca de informações mais relevantes acerca das dinâmicas da instituição e posteriormente traçar objetivos comuns a fim de promover um funcionamento eficaz e funcional do CAO.

O psicomotricista intervém nos mais variados contextos, como o ginásio, piscina, dança, tanque, snoezelen, hipoterapia e equitação terapêutica e ainda atividades no exterior como é o exemplo das caminhadas. Por norma, têm uma ou duas salas da sua responsabilidade, orientando os clientes que as frequentam, podendo ainda organizar atividades no CAO ou atividades inter-centros como é o exemplo da Matiné Dançante. O estágio curricular ao nível do CAO a que se refere o presente relatório decorreu no ano letivo 2014/2015, durante um período de 8 meses, desde outubro de 2014 até junho de 2015.

4.3. Relação com Outros Profissionais e Família

Visto que o Psicomotricista está integrado numa equipa multidisciplinar no CAO da CERCIOEIRAS, foi possibilitado à estagiária estabelecer interação e contacto direto com os clientes, mas também com uma equipa alargada de técnicos de reabilitação psicomotora, terapeutas ocupacionais, professor de educação física e ainda auxiliares do CAO e do Lar Residencial.

A troca de dados e informações com outros técnicos e auxiliares do CAO, processou-se maioritariamente de duas formas, no primeiro caso, de modo informal no tempo passado nas salas ou no momento de ir buscar ou entregar os clientes das atividades às salas e na Reunião Geral da Equipa Técnica do CAO às segundas-feiras. Esta troca de informações possibilitou um maior conhecimento de cada cliente, das dinâmicas praticadas na instituição, permitindo à estagiária a obtenção de informação para adequar a sua intervenção a cada cliente em particular.

Relativamente ao relacionamento da estagiária com as famílias dos diversos clientes, tal não foi possível, pois cada cliente tem já um responsável de caso que realiza o contacto necessário com a família, contudo, assistiu a algumas reuniões entre os seus orientadores locais e os pais.

III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo será abordada a prática profissional no âmbito do estágio, que decorreu no Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) da CERCIOEIRAS, em Barcarena. Inicialmente será descrita a população apoiada. Posteriormente, serão apresentados os objetivos terapêuticos, as atividades em que a estagiária esteve envolvida e os diversos contextos (Atividade Motora Adaptada, Meio Aquático, Snoezelen, Hipoterapia e Equitação Terapêutica, Apoio nas Atividades de vida diária-almoço), bem como os horários e planeamento da Intervenção Psicomotora. De seguida, será apresentado o processo de avaliação e intervenção com os diversos grupos e clientes. No final será apresentada uma reflexão pessoal, dificuldades e limitações sentidas no decorrer do estágio e as atividades complementares de formação.

1. População Apoiada

A Intervenção Psicomotora foi direcionada a 39 jovens e adultos com DID do CAO da CERCIOEIRAS. A estagiária integrou as atividades nas quais havia uma maior necessidade de apoio na instituição sendo elas, o meio aquático, espaço snoezelen, ginásio, hipoterapia e equitação terapêutica (realizada na Academia Equestre João Cardiga), sendo responsável por dinamizar sessões nos contextos nomeados. Seguidamente apresentamos a Tabela 1, na qual é feita uma breve caracterização da população apoiada pela estagiária, sempre em colaboração com a restante equipa da instituição. No anexo A encontra-se uma descrição mais detalhada dos clientes acompanhados pela estagiária.

Tabela 1 – Descrição dos clientes apoiados

Contexto Dia do apoio	Almoço	Snoezelen 2ªtarde	Ginásio 3ªmanhã	Ginásio 3ªtarde	Piscina 4ªmanhã	Ginásio 4ªtarde	Snoezelen 5ªmanhã	Hipoterapia e equitação terapêutica 5ªtarde
Número Total = 39	Número variável	9	6	8	5	8	9	6
gênero								
fem	6	3	3	2	2	4	3	3
mas	12	6	3	6	5	4	5	3
Escalão etário								
14-20		3						2
21-30	7	6	2	4	4	2	4	2
31-40	9		4	2	1	4	2	2
41-50	2			2	1	1	2	
51-60							1	
61-67					1	1		
Diagnóstico								
DID	11	2	3	5	5	8	3	1
Diagnóstico secundário								
DID	6	3	2				2	3
T21	3	1	1	2	1	2	1	1
Pert Esp. Autismo		3	2		1		2	1
Paralisia Cerebral	4	1	1	1			2	2
Síndromes (Rett, Optiz, Edwards, Lennox Gastaut, Landau- Kleffner e Cohen)	1	4		2	1			1
Outros (Deficiência visual e Epilepsia)	3		1				1	1
Sala do Núcleo Terapêutico Bem-estar (NTBE)								
1	9				1		3	1
2			1					
3		9			1		2	4
4			1	1	1		1	
5							3	
Sala do Núcleo Atividades Socialmente Úteis (ASU)								
Grupo ASU								
Oficina 1	1		2			1		
Oficina 2	3		1			1		
Oficina 3	1				1	2		
Oficina 4	2		1	4	2	3		1
Oficina 5	2			3	1	1		

2. Objetivos e Atividades de Estágio

Os objetivos gerais do estágio consistem em proporcionar conhecimentos especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional, através do ganho de competências no âmbito da Intervenção Psicomotora, da relação com outros profissionais e pais, e ainda com a Comunidade.

Na intervenção realizada com os clientes selecionados para a realização deste estágio destacam-se os seguintes objetivos:

- Promover e maximizar a qualidade de vida;

- Promover e maximizar a autonomia.
- Manter, diminuir ou prevenir a necessidade e/ou intensidade de apoios;

Seguidamente será apresentada, de forma detalhada, como decorreu a intervenção no âmbito do estágio curricular de mestrado realizado na CERCIOEIRAS.

2.1 Intervenção Psicomotora

A intervenção Psicomotora dirigiu-se a jovens e adultos com DID do CAO da CERCIOEIRAS. A estagiária integrou atividades já existentes na instituição, no meio aquático, no espaço snoezelen, no ginásio e na hipoterapia e equitação Terapêutica, assumindo a responsabilidade por algumas delas.

No meio aquático a estagiária acompanhou um grupo de sete clientes no Tanque da instituição à quarta-feira. Todas as sessões tinham uma estrutura semirrigida, sendo traçados objetivos específicos para cada cliente.

No snoezelen a estagiária acompanhou dois grupos na segunda-feira à tarde, sendo que os dois grupos eram normalmente constituídos por quatro elementos da mesma sala do Núcleo Terapêutico e de Bem-Estar. A intervenção foi direcionada para todos os clientes, no entanto, a estagiária selecionou apenas um estudo de caso, visto ser o cliente com o qual teve uma intervenção mais individualizada. A estagiária acompanhou igualmente dois grupos à quinta-feira de manhã, tendo um sistema rotativo de clientes, visto serem de salas diferentes e podendo assim responder às necessidades de um maior número de indivíduos. Todas as sessões tinham uma estrutura base, iniciada pelo tirar os sapatos com a ajuda da estagiária quando necessário, num segundo momento os clientes procuravam o estímulo da sala que mais lhes cativava, e pontualmente noutros casos com maiores dificuldades a estagiária direcionava ou orientava os clientes. Foram também realizados alguns cuidados pessoais, tais como a massagem e estimulação sensorial. No final da sessão os clientes deveriam voltar a calçar-se, sendo na maior parte dos casos, necessário o apoio físico da estagiária e da técnica. As sessões tinham uma duração habitual de 45 minutos.

No ginásio acompanhou três grupos diferentes: terça-feira de manhã e à tarde e quartas-feiras à tarde, sendo o seu segundo estudo de caso era acompanhado às terças-feiras e nas quartas-feiras à tarde no PES (Programa de Exercício e Saúde). No grupo de terça-feira de manhã os clientes realizavam exercícios nas máquinas (passadeira e remo), estando a estagiária e o técnico D.C responsáveis por acompanhar seis clientes, sendo que normalmente iam aos pares para o ginásio. O psicomotricista nesta tarefa tem como objetivos específicos motivar os clientes durante a realização da atividade nas máquinas, trabalhar alguns conceitos espaço-temporais, a atenção e concentração, a coordenação dos membros superiores e inferiores, bem como a promoção de um estilo de vida saudável. As duas sessões dos grupos de Ginásio à terça-feira e à quarta-feira à tarde tinham uma estrutura base iniciada pelo diálogo inicial e pela ativação geral dos diferentes segmentos corporais, seguido de exercícios em máquinas, circuitos ou atividades em grupo, a última atividade era de retorno à calma. De referir que na CERCIOEIRAS, os objetivos da AMA centram-se essencialmente na criação de atividades que favoreçam um estilo de vida ativo, promovendo a manutenção das capacidades físicas, bem como a promoção de relações sociais entre os pares e o respeito pelas regras.

No tanque da instituição, a estagiária acompanhou um grupo à Quarta-feira de manhã. A estrutura base das sessões no tanque compreendia uma ativação geral constituída por deslocamentos no tanque e uma mobilização dos segmentos corporais em círculo, seguido de exercícios direcionados para as diferentes necessidades nos clientes, finalizado com uma atividade de retorno à calma.

Relativamente à hipoterapia e equitação terapêutica decorreu na Academia Equestre João Cardiga em Barcarena com um grupo de seis elementos. A estagiária acompanhava o seu estudo de caso e outros dois elementos em todas as sessões. A ativação geral compreendia duas voltas ao picadeiro, seguidas de atividades que

visavam a estimulação cognitiva e sensorial, bem como a adaptação dos clientes ao cavalo e ainda o domínio das diferentes técnicas de equitação.

Seguidamente, serão apresentados detalhadamente todos os momentos de estágio semanais da estagiária.

3. Contextos de Intervenção

As atividades de estágio decorreram em contexto ginásio, no meio aquático, na sala snoezelen, na hipoterapia e equitação terapêutica. Seguidamente apresentamos a Tabela 2, na qual são sintetizados dados relativos a cada contexto.

Tabela 2 - Síntese dos contextos de intervenção.

	Ginásio	Meio aquático	Snoezelen	Hipoterapia e Equitação Terapêutica
Atividades	- Realização de percursos; - Máquinas; - Desporto adaptado; - Atividades de relaxação; - Jogos de regras e de cooperação.	- Deslocamentos na piscina; - Jogos de regras e de cooperação; - Atividades de relaxação.	- Massagem; - Exploração livre; - Estabelecimento de relação terapêutica; - Estimulação sensorial - Relaxamento	Atividades específicas da equitação: avião, helicóptero, deslocamentos em decúbito dorsal e ventral, encaixar figuras geométricas, transportar objetos.
Tipo de sessão	Grupo ou individualizada	Grupo	Grupo	Grupo
Duração aproximada	1 a 2 horas	1h a 1h30	45 minutos	1 hora e 30 minutos
Organização global da sessão	- Ativação geral (mobilização articular, marcha); - Fase fundamental (exercícios nas máquinas, percursos adaptados, jogos de regras e de cooperação); - Retorno à calma (diálogo final e relaxação)	- Mobilização articular (deslocamentos, mobilizações articulares em grupo); - Fase fundamental (trabalho individualizado ou em grupo: percursos, aprendizagem de estilos natatórios, jogos de regras e cooperação); - Retorno à calma (mobilizações ao longo da piscina, no colchão e diálogo final).	- Fase inicial (descalçar os sapatos); - Exploração livre do espaço; - Massagem; interação entre técnico-cliente; estimulação sensorial - Fim da sessão: desligar equipamentos e calçar sapatos.	- Fase inicial (adaptação ao cavalo e ao picadeiro); - Fase fundamental (exercícios direcionados para a vertente educacional, psicológica ou cognitiva, postura, equilíbrio, coordenação); - Retorno à calma (volteio).
Materiais	Colchões, arcos, pinos sinalizadores, bastões, bolas, bancos suecos, remo, passeadeira.	Rolos de Esponja, bolas, argolas, colchões, arcos.	Bola de espelhos, colchão de água, colunas de água, tapete sensorial, bola, painéis giratórios.	Manta, silhão, toque, rolos de esponja, figuras geométricas, bola, arco.

3.1. Snoezelen 2ª feira

A atividade de snoezelen de 2ª feira realizou-se com um grupo constituído por 10 elementos do CAO incluídos no Núcleo Terapêutico e de Bem-estar. A sessão dividia-se em duas partes, constituída por cinco elementos em cada parte. Todos os clientes têm DID, exceto uma cliente que tem Paralisia Cerebral Distónica. No que concerne aos restantes clientes, três têm um diagnóstico de Autismo severo, um tem Trissomia 21, outro Trissomia 18, uma tem Cromossomopatia 3 e 6, um tem Síndrome de Optiz, uma tem Síndrome de Rett. Nenhum dos clientes comunica verbalmente.

O cliente com Trissomia 21 é um dos estudos de caso da estagiária (FC). O principal objetivo de intervenção durante as sessões de snoezelen para este cliente foi a criação de uma relação terapêutica alargando assim para os restantes contextos onde o mesmo se encontra inserido, devido à sua característica de estabelecer relações preferenciais. As sessões seguiram uma estrutura semirrígida, iniciada pelo descalçar

os sapatos (geralmente, sempre com apoio físico da estagiária e da técnica) e só posteriormente o cliente podia explorar os estímulos presentes na sala. Durante a sessão, os clientes escolhiam o seu espaço preferido na sala de snoezelen, sendo que, os espaços mais procurados são o colchão de água, as colunas de água e as fibras óticas. Relativamente ao estudo de caso, o cliente optava sempre por manter-se nas colunas de água, sendo que a estagiária mantinha contacto com o mesmo através de uma bola. Importa salientar que na sala de snoezelen o material utilizado é o que se encontra disponível na mesma, pelo que especificamente nesta instituição, a sala dispõe de um colchão de água, o tapete sensorial, a bola de espelhos, as colunas de água, as fibras óticas, o puff, música e discos giratórios entre outros.

3.2. Ginásio 1 – 3ªfeira

A atividade ginásio 1 de Terça-feira de manhã realizou-se com um grupo de 6 clientes do CAO sendo que todos têm DID, exceto uma cliente que tem Autismo Severo. Esta atividade pertence ao Programa de Exercício e Saúde (PES), pelo que os clientes realizam exercício nas máquinas (passadeira e remo). Este programa pressupõe que os clientes realizem com uma frequência bissemanal exercício físico a uma intensidade moderada a intensa durante pelo menos 30 minutos em cada dia promovendo assim a sua funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

3.3. Ginásio 2 – 3ªfeira

A atividade 2 ginásio de 3ªfeira à tarde realizou-se com um grupo de 4 clientes do CAO. Todos os clientes têm DID, exceto o cliente R.L. que tem Paralisia Cerebral. As sessões decorreram uma vez por semana no ginásio da instituição. Todas as sessões seguiram uma estrutura semirrígida, iniciada sempre por um momento de ativação geral, constituído por um tempo de corrida, execução de diferentes tipos de marcha e em círculo realizar mobilizações articulares e alongamentos sequenciados ou pela estagiária ou por um cliente que voluntariava para a realização da tarefa. Após a ativação geral, os clientes realizavam exercícios adaptados a algum desporto específico (basquetebol, futebol, badminton, boccia), ou percursos com atividades psicomotoras com arcos, pinos sinalizadores, argolas, entre outros. No final da sessão, era sempre realizada uma atividade de retorno à calma, deitavam-se num colchão, e em silêncio, relaxavam ativa ou passivamente. O material disponível nas sessões eram bolas, pinos, raquetes, volantes, material de ténis de mesa, argolas e em algumas sessões material disponibilizado pela estagiária.

3.4. Piscina – 4ªfeira

A atividade de meio aquático de 4ªfeira decorreu no tanque da CERCIOEIRAS com um grupo de sete clientes do CAO. Todos os clientes têm DID, sendo que o cliente J.P tem Síndrome de Lennox-Gastaut e o cliente F.M tem autismo severo. As sessões decorreram uma vez por semana no tanque da instituição. Para os clientes J.P e F.M os principais focos de intervenção eram a diminuição da excessiva agitação psicomotora, pelo que as atividades eram constituídas por atividades de relaxação, mobilizações, e momentos de autoexploração no espaço. Dadas as características da população, os objetivos de intervenção focavam-se essencialmente em realizar atividade de imersão em paralelismo com atividades de carácter educativo como encontrar argolas no fundo da piscina e coloca-las no local a que as mesmas

correspondiam, atividades com os rolos de esponja, transportar objetos na piscina, jogos de cooperação, entre outros.

Os materiais disponíveis incluíam pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, argolas, arcos e um colchão.

3.5. Ginásio – 4ªfeira

A atividade de ginásio de 4ª feira à tarde realizou-se com um grupo de seis clientes do CAO. Relativamente aos diagnósticos, todos os clientes estão diagnosticados com DID. As sessões decorreram uma vez por semana no ginásio da instituição.

Todas as sessões foram orientadas seguindo uma estrutura semirrígida, iniciadas por um diálogo inicial, em que os clientes respondiam à chamada, e seguidamente tinham de enunciar qual o dia da semana, o mês e o ano. A primeira atividade consistia na ativação geral constituída por um tempo de corrida, execução de diferentes tipos de marcha e em círculo realizar mobilizações articulares e alongamentos sequenciados ou pela estagiária. Em seguida, os clientes realizavam atividades adaptadas às suas necessidades, como jogos de cooperação, atividades de coordenação motora, basquetebol, futebol ou badminton adaptado, boccia e percursos com atividades psicomotoras. O material disponível nestas sessões eram as máquinas de ginásio, bolas de diversos desportos, bancos suecos, pinos sinalizadores, argolas, entre outros.

3.6. Snoezelen – 5ªfeira

A atividade de snoezelen de 5ª feira realizou-se com um grupo de nove clientes do CAO incluídos no Núcleo Terapêutico e de Bem-estar. Mediante o horário a que a sessão começava (ou às 9h30 ou 10h), a sessão dividia-se em três grupos, dado o número elevado de clientes, entre oito e dez e terminava às 11h50. Todos os clientes pertencem ao Núcleo Terapêutico e de bem-estar (NTBE).

Quatro dos clientes têm como diagnóstico DID, dois com autismo severo e dois com Paralisia Cerebral. As sessões seguiram uma estrutura semirrígida, iniciada pelo descalçar os sapatos (maioritariamente com apoio físico da estagiária) e só posteriormente o cliente podia explorar os estímulos presentes na sala. Durante a sessão, os clientes escolhiam o seu espaço preferido na sala de snoezelen, sendo que, os espaços preferidos são o colchão de água, as colunas de água e as fibras óticas. No estudo de caso selecionado pela estagiária, o cliente optava sempre por manter-se nas colunas de água, sendo que a estagiária mantinha contacto com o mesmo através de uma bola. Importa salientar que sala de snoezelen o material utilizado é o que se encontra disponível na mesma, pelo que especificamente na CERCIOEIRAS a sala dispõe de um colchão de água, o tapete sensorial, a bola de espelhos, as colunas de água, as fibras óticas, o puff, música e discos giratórios entre outros.

3.7. Hipoterapia e Equitação Terapêutica – 5ªfeira

A atividade de hipoterapia e equitação Terapêutica de 5ª feira à tarde, realizou-se com um grupo de seis clientes do CAO, sendo que, cinco destes clientes pertencem ao Núcleo Terapêutico e de bem-estar (NTBE) e o outro cliente pertence Núcleo de Atividades Socialmente Úteis (NASU). Relativamente aos diagnósticos, todos têm DID, exceto a cliente M. M. que tem Paralisia Cerebral distónica, motivo pelo qual realiza Hipoterapia. Quanto aos restantes clientes, que realizam atividades no âmbito da equitação terapêutica, um tem como diagnóstico Trissomia 21, outro Autismo Severo e DID, outra cliente tem Cromossomopatia e os dois outros clientes, uma com Deficiência Visual e DID e outro cliente com Paralisia Cerebral e DID. As sessões não tinham uma estrutura semirrígida, sendo que a técnica e a estagiária trabalhavam individualmente com cada cliente, havendo uma rotatividade de intervenção com os mesmos.

Deste modo, o principal objetivo de intervenção para a cliente com Paralisia Cerebral era a diminuição da rigidez muscular, proporcionar bem-estar e incentivar o controlo cefálico. Para o cliente com Autismo Severo, pretendia-se que houvesse uma

diminuição da excessiva agitação psicomotora, bem como a adequação do tónus muscular, diminuição da frequência das estereotipias e o controlo postural. No que concerne ao cliente com T21, o principal foco de intervenção era promover a socialização e a interação com os pares e com o cavalo, a concentração, estimulação cognitiva e ainda diminuir o medo de deslocar-se sem apoio. Com a cliente com Cromossomopatia, o objetivo principal era o de concentração e atenção nas tarefas solicitadas pela técnica e pela estagiária, bem como a diminuição da agitação psicomotora e estimulação cognitiva. Relativamente à cliente, com Deficiência visual e DID, os principais objetivos de intervenção prendiam-se com a melhoria do controlo postural associado a uma melhoria da coordenação motora global, bem como desenvolver os sentidos (audição, o tato, o paladar e o olfato), aumentar a orientação espacial e o equilíbrio, bem como a atenção e a confiança. Quanto ao cliente com Paralisia Cerebral (hemiparesia no lado direito) e DID pretende-se um aumento da independência e da autoestima, um aumento e maior fluência na comunicação, bem como uma aquisição de competências sociais, estimulação cognitiva e aumentar a sua mobilidade.

4. Calendarização das Atividades e Horário

Neste ponto será apresentado o cronograma dos procedimentos práticos e teóricos tomados, bem como o horário cumprido e a calendarização das sessões de psicomotricidade do ano letivo 2014/2015, a partir do momento em que se deu início às atividades de estágio.

4.1. Calendarização das Atividades e Horário

O horário de estágio, que se pode observar na Tabela 3, foi estabelecido de acordo com o número de horas previsto pelo Regulamento da Unidade Curricular de RACP e em conjunto com os Técnicos de Reabilitação Psicomotora do CAO da CERCIOEIRAS. Procurou-se criar um horário que proporcionasse o contacto com clientes de vários diagnósticos e graus de dificuldade e intervenção em vários contextos. Assim, constam no horário 20 horas nos locais de estágio, não sendo contabilizadas deslocações. O horário distribui-se entre 2ª e 5ªfeira, tendo uma distribuição variável, consoante os dias, entre as 9h30 e as 18h00.

Tabela 3 - Horário de estágio no CAO da CERCIOEIRAS

2ª FEIRA	3ª FEIRA	4ª FEIRA	5ªFEIRA	6ª FEIRA
	9h30 – 12h00 Ginásio	9h30-12h00 Hidroterapia	9h30-12h00 Snoezelen	
14H00 – 16H00 Snoezelen	12h00 – 13h00 Apoio Almoços	12h00 – 13h00 Apoio Almoços	12h00 – 13h00 Apoio Almoços	
16h00-18h00 Reunião Equipa Técnica do CAO	14h00 – 16h00 Ginásio	14h00 – 16h00 Ginásio	14h00 – 16h00 Hipoterapia e Equitação Terapêutica	

4.2. Calendarização das Sessões

A calendarização da intervenção da estagiária na CERCIOEIRAS é apresentada na Tabela 4, existindo a indicação do primeiro e último dia de intervenção e das interrupções letivas.

Tabela 4 - Calendarização da intervenção ANO LETIVO 2014/2015

Início	Interrupção Natal	Interrupção Carnaval	Interrupção Páscoa	Fim
21 out.	22 dez. a 4 jan.	16 fev. a 22 fev.	30 mar a 5 abr.	23jun.

5. Processo de Intervenção

Nos subpontos seguintes será abordada a intervenção psicomotora na CERCIOEIRAS realizada com os casos descritos, sendo apresentado o planeamento da intervenção e a avaliação realizada (instrumentos utilizados, condições de avaliação, resultados obtidos).

5.1. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção é apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Cronograma das atividades de estágio na CERCIOEIRAS

	2014			2015									2017
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	
Integração na equipa													
Avaliação Inicial													
Intervenção Psicomotora													
Avaliação Final													
Preparação de uma atividade													
Análise dos resultados													
Elaboração do Relatório													

Durante a fase de integração na Instituição, a estagiária observou todas as dinâmicas, bem como as atividades realizadas. Após esta observação, elaborou com os seus orientadores locais, o seu horário de estágio, tendo-lhe sido dada a oportunidade de escolher os grupos e contextos com os quais queria intervir, bem como os estudos de caso.

Durante o tempo de estágio, a estagiária teve a oportunidade de intervir com todos os grupos em que estava inserida (ginásio, snoezelen, piscina e equitação terapêutica) e, dentro dessa mesma intervenção escolheu dois estudos de caso, sendo que o J. foi acompanhado na piscina e no ginásio, e o F. foi acompanhado no snoezelen e na equitação terapêutica. Durante esta fase, também teve a oportunidade de participar em algumas atividades da instituição e ajudar na organização de algumas delas, e ainda pertenceu à equipa dos almoços, estando assim todos os dias no refeitório entre as 12h e as 13h, para ajudar os grupos que mais necessitavam.

Ainda durante o estágio, a estagiária teve muito contacto com os seus orientadores locais, antes, durante e após as sessões, pelo que, não foi necessário marcar reuniões formais.

De seguida, serão então abordadas as diferentes avaliações realizadas, instrumentos utilizados, as condições em que foram efetuadas e os resultados obtidos.

5.2. Procedimentos de Avaliação

A avaliação em psicomotricidade é fundamental para uma posterior elaboração de um Plano de Intervenção com objetivos gerais e específicos, a desenvolver com cada cliente durante a intervenção. Este método permitirá que o técnico verifique quais foram as evoluções ocorridas e quais os objetivos que requerem um reajuste ou uma continuidade de intervenção. Os instrumentos de avaliação variam de acordo com o grupo, a instituição e os contextos de intervenção.

Deste modo, no snoezelen, no meio aquático, no ginásio e na hipoterapia e equitação terapêutica foram utilizadas três Grelhas de Observação da Instituição. No

Ginásio foi utilizada a Grelha de Observação do Comportamento (GOC). Estes instrumentos foram utilizados em todos os elementos que a estagiária acompanhou, em dois momentos distintos: avaliação inicial e avaliação final. Para os estudos de caso J. e F. a estagiária utilizou ainda a Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa (ECAP), Escala de Intensidade de Apoios (EIA) e a Escala Pessoal de Resultados (EPR). É importante referir que a estagiária não aplicou todos itens dos instrumentos utilizados, por considerar que alguns não iam em conta às características da população em estudo. Em seguida, apresentamos a Tabela 6, na qual constam os Instrumentos de Avaliação utilizados pela estagiária no início (outubro2014) e no fim da Intervenção (maio2015).

Tabela 6 - Instrumentos de Avaliação utilizados pela estagiária no início e no fim da Intervenção

Avaliações em todos os Contextos de Intervenção	Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (ECAP) Escala de Intensidade de Apoios (EIA) Escala Pessoal de Resultados (EPR) Grelha de Observação – Snoezelen Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptada e Hidroterapia Grelha de Avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica Grelha de Observação do Comportamento (GOC)
Snoezelen	Grelha de Observação – Snoezelen
Meio aquático	Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptada e Hidroterapia
Hipoterapia e Equitação Terapêutica	Grelha de Avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica
Ginásio	Grelha de Observação do Comportamento (GOC)
Avaliação estudos de caso	Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (ECAP) – JP e FC Escala de Intensidade de Apoios (EIA) – JP e FC Escala Pessoal de Resultados (EPR) – JP e FC Grelha de Observação – Snoezelen - FC Grelha de Observação do Comportamento (GOC) - JP Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptação e Hidroterapia - JP Grelha de Avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica - FC

5.2.1. Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (ECAP)

A Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa (ECAP) (Santos & Morato, 2004) foi adaptada da escala original *Adaptive Behaviour Scale* com o objetivo principal de avaliar a independência pessoal e comunitária, os aspetos relativos ao desempenho e ao ajustamento social (que são características inerentes ao comportamento adaptativo) de indivíduos com DID (Santos, 2000).

Este instrumento de avaliação permite identificar áreas fortes e áreas fracas dos indivíduos, permitindo a elaboração de planos habilitativos que permitam a sua participação total na comunidade onde estão inseridos (Santos e Morato, 2004). Esta escala não se baseia exclusivamente nos conteúdos académicos aprendidos pelo indivíduo em contexto escolar, mas também nos diferentes contextos da vida quotidiana e das atitudes esperadas pelos seus pares, permitindo assim que se adequem e atuem mediante as condições necessárias para ser um membro ativo e integrante da Sociedade, de acordo com as suas características pessoais, a sua idade cronológica e ao grupo social ao qual pertencem (Lambert, Nihira & Leland, 1993).

A ECAP destina-se a populações com ou sem DID, entre os 6 e os 60 anos de idade (Santos e Morato, 2012). Esta escala foca-se em quatro objetivos principais, em que o primeiro consiste em discriminar áreas fortes e fracas, o segundo em identificar

os indivíduos abaixo da média em algumas áreas do Comportamento adaptativo comparativamente aos pares, em terceiro acompanhar a evolução do indivíduo após a implementação de um plano habilitativo de intervenção e por fim avaliar o comportamento adaptativo para efeitos de pesquisas futuras (Lambert, Nihira e Leland, 1993).

Este instrumento divide-se em duas partes, sendo que a primeira consiste na avaliação das competências da independência pessoal e a segunda prende-se com a avaliação de comportamentos desviantes (Lambert, Nihira e Leland, 1993). A primeira parte compreende dez domínios, sendo eles a Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização. A segunda parte da escala engloba oito domínios, o Comportamento Social, Conformidade, Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Autoabusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações. Estes domínios são constituídos por um conjunto de afirmações que descrevem e enumeram comportamentos adotados pelos indivíduos, nas diferentes situações a que os mesmos são expostos diariamente. A aplicação da ECAP deve ser feita seguindo as instruções gerais e específicas de aplicação que se encontram discriminadas ao longo da mesma, sendo que as instruções variam da primeira parte para a segunda. Na primeira parte, os itens que especificam “com ajuda” referem-se a um apoio prestado ao indivíduo (verbal e/ou físico), em caso de dúvida o aplicador deve sempre atribuir a cotação máxima, estando atento a itens em que o indivíduo está impossibilitado de realizar devido a características pessoais, devendo o item ser cotado de forma positiva e por fim considerar o contexto sociocultural onde está inserido (Santos e Morato, 2012). Ao longo da escala verificam-se formas de cotação diferentes, com complexidade crescente em que os itens estão organizados mediante termos de dificuldade, devendo ser assinalado o nível mais elevado que o sujeito consegue atingir; Sim/Não, assinalar “sim” ou “não” caso o indivíduo realize ou não a tarefa com sucesso, os pontos são somados e colocados no campo destinado a esse efeito.

A segunda parte por sua vez dedica-se a avaliar comportamentos desajustados, pelo que o valor esperado é o “zero” significando assim que o comportamento desviante nunca ocorreu. Esta segunda parte da ECAP contém apenas um tipo de item.

Após a aplicação na íntegra deste instrumento, a cotação dos domínios pode ser interpretada de três maneiras diferentes:

- *os resultados dos domínios*: correspondem à cotação das respostas em cada domínio das duas partes, obtido através da soma dos pontos atribuídos a cada item;
- *os valores de cada item*: constituídos pelo número total de itens cotados num domínio ou fator, utilizado para investigação, denotam pouco valor clínico;
- *os valores médios dos domínios*: permitem a observação do CA do indivíduo avaliado no momento da avaliação através de uma conversão dos resultados obtidos em cada item;
- *os resultados dos fatores*: baseados na análise fatorial dos domínios, as cotações dos fatores resultam da soma atribuída a cada um dos itens incluídos nos mesmos;
- *os valores médios dos fatores*: permitem a observação do CA no momento da avaliação, obtidos através de uma conversão dos resultados em cada item, baseados numa distribuição onde o valor da média corresponde a 100 com u desvio padrão de 15, sendo convertidos através de correlações padronizadas em que o valor médio <130 corresponde a Muito Bom; 121-130 Bom; 111-120 Acima da média; 90-110 Média; 80-89 Abaixo da Média; 70-79 Fraco e <70 Muito fraco.

Importa enfatizar que é aconselhável a interpretação qualitativa dos itens, por fim a obter um perfil individual mais ajustado nos contextos onde o indivíduo se encontra inserido (contexto familiar, envolvimento escolar/laboral/institucional, entre outros) (Santos & Morato, 2012).

5.2.2. Escala de Intensidade de Apoios (EIA)

A Escala de Intensidade de Apoios (EIA) resulta de uma tradução realizada em 2007 da *Supports Intensity Scale*, criada por Thompson e colaboradores em 2004 e tem como principal objetivo avaliar a quantidade e a intensidade dos apoios necessários nas populações com DID (Lopes-dos-Santos et al., in press). Esta escala tornou-se uma ferramenta essencial para realizar uma avaliação global das necessidades dos indivíduos com DID e na prestação dos serviços que estes necessitam através do perfil e da sua intensidade, levando deste modo, à elaboração de planos de apoio eficazes (Thompson, Tassé e Schalock, 2009). Esta avaliação permite avaliar o desenvolvimento global dos indivíduos com DID, com idades compreendidas entre os 16 e os 60 anos de idade, e ainda os seus desejos, permitindo assim que estes se tornem produtivos ao nível financeiro, que participem em atividades sociais levando-os a uma vida plena (Thompson, Tassé e Schalock, 2009).

Ao aplicar a EIA o entrevistador ao avaliar o tipo de apoio deve ter sempre em conta, qual a natureza do apoio, ou seja, que tipo de serviços serão necessários disponibilizar para que o indivíduo realize a tarefa com sucesso. Segundo Thompson, Tassé e Schalock (2009), um dos principais objetivos da EIA não é avaliar a frequência ou a forma como a pessoa realiza a atividade, mas sim qual seria a frequência e o tipo de apoio que o indivíduo necessitaria para executar a tarefa com sucesso. Desde modo, divide-se em três seções:

- *Seção 1:* Escala das Necessidades de Apoio: constituída por 49 itens de atividade relacionadas com a vida, distribuída em seis subescalas de atividades de vida diária, vida comunitária, aprendizagem ao longo da vida, profissionais, saúde e segurança e sociais;
- *Seção 2:* Escala Suplementar de Proteção e Representação: constituída por 8 itens de autorrepresentação;
- *Seção 3:* Necessidades Excepcionais de Apoio Médico e de Conduta: constituída por 15 itens relacionados com a condição médica e 13 itens relativos a problemas comportamentais (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

Este instrumento é cotado mediante três formas: tipo de apoio; frequência com que o indivíduo necessita do apoio e tempo diário de apoio para executar as tarefas (Thompson, Tassé e Schalock, 2009).

5.2.3. Escala Pessoal de Resultados (EPR)

Segundo Schalock et al., (2008), a Escala Pessoal de Resultados (EPR) pretende avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com DID, através de oito domínios, que se subdividem em três fatores, o desenvolvimento pessoal e autodeterminação que retrata o nível de independência pessoal; as relações interpessoais, inclusão e direitos relacionados com a participação social do indivíduo e ainda o bem-estar emocional, físico e material, relacionados com o bem-estar geral do indivíduo.

Os oito domínios dividem-se em 6 perguntas, dirigidas em primeiro ao indivíduo (questionário pessoal) e em segundo um conjunto de questões a outras pessoas que conheçam bem o indivíduo (por observação direta), podendo ser a família ou técnicos. Perfaz então um total de 48 perguntas de opinião pessoal e um número igual de perguntas de observação direta, e a EPR é apresentada com o formato tipo *Likert* com 3 opções (Simões e Santos, 2012).

A EPR deve ser aplicada por um profissional que tenha experiência na DID e formação na administração, cotação e interpretação da avaliação comportamental. Este profissional deve compreender de uma forma abrangente o conceito de qualidade de vida e os seus princípios, através do conhecimento dos estudos recentes nesta área. Deve ter igualmente em consideração as diferentes opiniões e gostos pessoais do indivíduo, bem como a sua cultura e os seus sentimentos (Simões e Santos, 2012). Relativamente à pontuação das respostas é solicitado ao indivíduo que atribua uma pontuação em cada item. Caso o indivíduo avaliado não esteja apto para responder, as

respostas devem ser dadas por alguém que o conheça bem (membro da família, amigo chegado, técnico ou equipa), e todos os itens da escala devem ser cotados.

5.3. Grelha de Observação do Comportamento (GOC)

A Grelha de Observação do Comportamento é um instrumento que se destina ao registo de comportamentos do indivíduo ao longo da intervenção (Martins et al., 2012). Foi elaborada por um conjunto de alunas da Faculdade de Motricidade Humana, orientadas pelo Professor Doutor Rui Martins. Através de uma abordagem qualitativa considera critérios de presença, ausência e frequência de comportamentos. Este instrumento é constituído por cinco domínios: aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho na realização das tarefas, relação e aspetos psicomotores. Os domínios dividem-se em subdomínios que podem englobar categorias, por sua vez, compostas por itens. A GOC não necessita de material específico nem padronizado para a sua administração. Pode ser aplicada independentemente da faixa etária e da condição biopsicossocial (Martins et al., 2012). Consultar Anexo B.

5.4 Grelha de Observação – Snoezelen

Este instrumento foi desenvolvido na instituição de acordo com as características da sala de snoezelen, bem como dos clientes que usufruem do espaço. Assim sendo, é constituída pela identificação do cliente, a data de avaliação e posteriormente de reavaliação bem como a identificação do técnico responsável pela avaliação (CERCIOEIRAS, 2014a).

A grelha identifica os equipamentos disponíveis na sala de snoezelen da instituição e a avaliação é realizada mediante a capacidade de reação ao estímulo (se reage ou não ao estímulo e se é ou não é aplicável). Este instrumento avalia ainda se o cliente gosta ou não do estímulo.

Esta grelha tem ainda a indicação da duração média da sessão, um tópico sobre a aceitação do cliente em relação à atividade, iniciativa e interesses do mesmo (referir o tipo de entrada na sala, a adesão ao espaço, se seleciona o equipamento, ou necessita de apoio, quais as preferências e se reconhece a sala), um outro tópico sobre o comportamento e a comunicação (referir se o cliente apresenta algum tipo de alteração de humor e especificar, se interage com o técnico e com os colegas presentes na sessão e a forma como expressa emoções e necessidades). Por fim, um ponto sobre observações e sugestões da continuidade de apoio na sala de snoezelen (CERCIOEIRAS, 2014a). Consultar Anexo D.

5.5. Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptada e Hidroterapia

A Grelha de Observação da Piscina é utilizada para a natação pura, natação adaptada e hidroterapia. A Grelha é constituída por uma escala qualitativa que avalia o desempenho do cliente (realiza ou não realiza, com ajuda verbal ou com ajuda física), sendo que algumas das tarefas podem ser denominadas de não aplicável por não serem objetivos específicos de intervenção do cliente, ou por a sua realização estar de alguma forma condicionada ou impossibilitada (CERCIOEIRAS, 2014b). As tarefas que são identificadas como realizadas pelo cliente, podem ter ainda informação complementar como por exemplo se realiza com apoio físico ou verbal. A grelha é completa e avalia o cliente em treze competências diferentes, sendo elas, a apresentação pessoal, assiduidade/pontualidade, higiene, atenção, competências sociais, entra na água, imersão, respiração, equilíbrio, deslocamento, saída da água, familiarização/ motivação, interação social e exploração de materiais), que são divididas em tarefas específicas (num total de aproximadamente 125 tarefas) (CERCIOEIRAS, 2014b). Consultar Anexo E.

5.6. Grelha de Observação – Hipoterapia e Equitação Terapêutica

A Grelha de observação da hipoterapia e equitação Terapêutica é utilizada para avaliar o desempenho dos clientes no picadeiro (CERCIOEIRAS, 2014c).

A avaliação é realizada através de uma escala qualitativa que avalia o desempenho do cliente (realiza ou não realiza, A avaliação do Cliente é feita segundo uma escala qualitativa do seu desempenho - Bom (B), Suficiente (Sf), Insuficiente (Ins.), conjugada com a denominação do grau de autonomia com que realiza a tarefa - Sem Ajuda (SA), Com Ajuda Verbal (CAV), Com Ajuda Física (CAF). Quando o Cliente não desenvolve uma tarefa, por esta não se encontrar nos seus objetivos de intervenção ou por ainda não ter sido possibilitada a sua realização, é considerada a denominação de Não Aplicável (N.A.). Alguns dos itens a que esta terminologia não se adequa, coloca-se um S [sim] e N [não] para assinalar a resposta que mais caracteriza o cliente. A grelha está dividida em onze grupos que se subdividem em vários itens. As competências/tarefas avaliadas compreendem a interação com o cavalo, a interação com os restantes elementos presentes na atividade, montar/appear, o equipamento utilizado, o andamento do cavalo, o tónus muscular, os padrões de postura, o equilíbrio, os padrões de movimento, o desempenho cognitivo e psicossocial e por fim a assiduidade e equipamento (CERCIOEIRAS, 2014c). Consultar Anexo F.

6. Objetivos da Intervenção

A aplicação dos Instrumentos mencionados no Capítulo 5 permitiu a criação de Objetivos de Intervenção individuais e de grupo.

Na Tabela 7 são apresentados os objetivos de intervenção estabelecidos pela estagiária para cada grupo e cliente.

Tabela 7 - Objetivos da Intervenção em grupo

Meio	Objetivos
Snoezelen	[Todos] Proporcionar momentos de estimulação global e específica [Todos] Diminuir comportamentos disruptivos e estereotipados [Todos] Aumentar a utilização de equipamentos dentro da sala de snoezelen [Todos] Promover a autonomia nos atos de calçar e descalçar [Todos] Promover bem-estar [FC] Criação de uma relação terapêutica.
Piscina	[Todos] Trabalhar domínios de adaptação ao meio aquático [Todos] Aquisição de competências dos estilos natatórios [Todos] Focar a atenção na tarefa [LF; IF e HA] Trabalhar aspetos da aprendizagem do nado (batimento de pernas) [ES e IF] Manter as capacidades de deslocamento na água com o apoio de material flutuante [LF; JM; HA] Trabalhar a aquisição de competências de deslocamento na água com o apoio de material flutuante [[LF; JM; HA] Melhorar a entrada na água, de forma autónoma [LF; IF; JM; HA] Aumentar o sentimento de segurança dentro da água sem apoio físico ou verbal [LF; IF; JM; HA] Trabalhar aspetos da imersão [FM; JM; HA] Trabalhar aspetos relacionados com o controlo respiratório [FM e JM] Trabalhar aspetos relacionados com o equilíbrio e deslocamentos dentro de água [JM e LF] Trabalhar a cooperação, interação social e respeito pelas regras.
Ginásio	[Todos] Melhorar a interação social [Todos] Diminuir o peso corporal [Todos] Melhorar a motricidade global [Todos] Promover uma maior exploração de todos os materiais disponíveis no ginásio [Todos] Em dez sessões, escolher duas atividades que queiram realizar [Todos] Manter e/ou aumentar o gosto pelo movimento [Todos] Promover um aumento da capacidade de relaxar [JP; LS] Aumentar o tempo passado no remo e na passeadeira [AA; IP; ZM] Aumentar a capacidade de atenção e permanência na tarefa

	[JP; LF; ZM] Trabalhar o respeito pelas regras e a cooperação [AF; AA; IP; RL; AR] Melhorar a coordenação motora global e o equilíbrio [JP; LF; ZM] Diminuir a ocorrência de comportamentos disruptivos [JP; AA; IP] Diminuir a dependência dos técnicos.
Hipoterapia e Equitação Terapêutica	[Todos] Trabalhar a interação social e o respeito pelas regras [Todos] Aumentar a motivação, autoestima e autodeterminação [Todos] Melhorar a motricidade global [Todos] Aumentar a autonomia, fazendo a transferência para o quotidiano [Todos] Melhorar os padrões de postura [Todos] Melhorar o equilíbrio e a coordenação óculo-manual [Todos] Trabalhar o domínio cognitivo [Todos exceto EL] Trabalhar a capacidade de concentração [FC, EL; AJ] Trabalhar noções espaciais e corporais [FC, FM; BM] Promover a capacidade de relaxar durante a atividade [FC] Melhorar a motricidade fina [FC e EL] Trabalhar a interação com os técnicos e com o cavalo. [AJ] Aumentar a autonomia durante o volteio, sendo acompanhado apenas por um técnico.

Após a síntese dos objetivos de intervenção para os clientes avaliados pela estagiária, serão seguidamente apresentados os resultados relativos à Intervenção realizada pela estagiária e pelos orientadores locais.

7. Apresentação resultados

7.1. Estudo dos dados do Grupo

Após a avaliação inicial procedeu-se ao planeamento e dinamização das sessões segundo os objetivos de intervenção estabelecidos. No snoezelen não foram redigidos planeamentos rígidos, visto que, o princípio base teste tipo de terapia assenta no facto que os clientes possam escolher o espaço que preferem dentro da sala (Verheul, 2014). Para efeitos de controlo e análise da intervenção, a estagiária realizava relatórios de observação. Para a piscina foram realizados planeamentos e relatórios pela estagiária em alternância com os outros dois técnicos também responsáveis pela dinamização das sessões (Um exemplar de um plano e de um relatório pode ser consultado no Anexo I). No contexto Ginásio, a estagiária também foi responsável por planear e reportar o desempenho dos clientes nas atividades (Um exemplar de um plano e de um relatório pode ser consultado no Anexo H). Por último, na Hipoterapia e Equitação Terapêutica, a estagiária não realizava um planeamento rígido, devido às características das sessões no Picadeiro.

Seguidamente, serão apresentados os resultados da avaliação inicial e final considerando a análise dos resultados globais obtidos nos grupos acompanhados pela estagiária. Contudo, salienta-se que a avaliação inicial e final foi realizada para cada cliente individualmente, sendo esta informação sintetizada para efeitos da análise da evolução e impacto observado em cada cliente.

7.1.1. Grelha de Avaliação do Comportamento (GOC)

A tabela 8 é relativa aos dados obtidos na avaliação inicial e final no contexto Ginásio na CERCIOEIRAS, com um grupo constituído por 14 elementos. Os dados serão apresentados em frequências por forma a facilitar a descrição do desempenho observado. Para analisar o perfil de cada participante, consultar Anexo C.

Tabela 8 - Resultados da avaliação inicial e final da GOC (N=14)

Resultados da Avaliação Inicial e Final	N
Aspeto Somático	
Mesoformo	7
Endomorfo	7
Aspetos ortopédicos e problemas Posturais	
Aspetos ortopédicos (pé plano, joelhos valgus)	0
Problemas posturais (lordose, cifose, escoliose)	0
Boa aparência no vestuário	12
Postura/Organização tónica	
Hipertónico	3
Hipotónico	2
Eutónico	9
Comportamento geral/estado emocional	
Inibido	3
Inconstante	3
Calmo	6
Linguagem	
Disfasia	10
Coprolalia	0
Ecolalia	0

	0 Nunca	1 Raramente	2 Algumas vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F
Postura perante a Tarefa					
Ansioso	6/8	1/1	2/1	3/2	2/2
Cooperante	2/4	-/2	5/2	2/1	5/5
Distraído	7/7	1/2	2/1	3/3	1/1
Ativo	1/0	2/5	3/2	3/2	4/5
Criativo	5/6	3/4	3/1	1/1	2/2
Medo	8/8	-	6/3	-/3	-
Alegre	-	2/-	3/5	8/7	1/2
Apático	8/8	1/1	3/5	2/-	-
Aborrecido	8/7	-	6/3	-	-
Adesão					
Voluntária	2/0	2/2	5/4	-/2	5/6
Com estímulo	2/3	2/2	3/2	4/5	3/2
Não adere	12/12	-	2/2	-	-
Escolha da Atividade					
Sugerida	-	-/1	5/1	5/7	4/5
Atenção (Presta atenção atividades significativas)					
Mais de 15min	3/2	1/1	1/1	1/-	8/10
Entre 5 a 15min	8/10	1/1	1/-	2/2	2/1
Menos de 5min	11/12	2/2	1/-	-	-
Não presta atenção necessário repetir instruções	11/13	1/1	-	2/-	-
Impulsividade					
Não demonstra qualquer impulsividade	1/10	2/0	1/3	1/1	9/0
Inicia as tarefas antes de terminada a instrução	9/10	-	3/3	1/1	1/-
Verbalização constante durante a instrução	10/10	-	2/2	2/2	-

Não planeia a execução da tarefa	11/12	1/-	1/1	1/1	-
Persistência					
Esforça-se em todas as tarefas e não desiste	-	1/-	8/6	3/4	2/4
Desmotiva-se/ desiste	5/6	2/2	7/6	-	-
Tempo de Participação na Tarefa					
Participa mais que 75% do tempo	2/2	2/2	3/2	2/-	5/8
Participa 50-75% do tempo	6/7	-	2/1	5/5	1/1
Participa 25-50% do tempo	9/12	3/2	1/-	1/-	-
Participa 0 – 25% do tempo	11/12	3/2	-	-	-
Noção de Tempo e espaço					
Compreende a duração da sessão (horário de entrada e saída)	-	-	1/0	1/1	12/13
Ajustamento à Tarefa					
Apresenta comportamentos adequados no decorrer da atividade	1/2	-/2	4/2	2/1	7/7
Apresenta comportamentos desajustados mas modera-os quando chamado à atenção	9/7	-/1	2/1	3/3	-/2
Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado	9/10	2/2	-/1	2/1	1/-
Não se ajusta às tarefas, revelando agressividade/apatia	12/13	1/-	1/1	-	-
Respeito pelas Regras					
Respeita todas as regras	- /1	3/1	1/4	3/1	7/7
Respeita algumas regras até ao final da atividade	2/3	2/1	3/5	4/2	3/3
Respeita parcialmente as regras	7/7	3/2	2/4	2/1	-
Não respeita as regras	12/2	-	2/2	-	-
Autonomia					
Necessidade de ajuda	4/5	1/3	8/5	-/1	-

	0 Nunca I/F	1 Raramente I/F	2 Algumas vezes I/F	3 Frequentemente I/F	4 Sempre I/F
Iniciativa e sugestões					
Toma iniciativa e dá sugestões	1/2	2/2	5/3	3/2	-/2
Toma iniciativa e dá sugestões mediante reforço	-/2	1/2	4/1	6/4	-/2
Não toma iniciativas nem dá sugestões	7/7	1/1	2/1	1/1	-/1
Prefere jogos coletivos	2/4	2/3	1/2	9/5	-
Prefere atividades livres	4/1	3/3	2/3	4/4	1/3
Tolerância à frustração					
Reage de forma adequada à frustração	-	1/2	6/7	2/2	5/3
Tolera o insucesso quando está sozinho	-	2/1	5/8	2/2	5/3
Tolera o insucesso quando está acompanhado	-	-/1	7/6	2/4	5/3
Não tolera o insucesso	10/10	-	3/1	1/2	-/1
Estabelece Comunicação Verbal	2/3	-	-	-	12/11
Compreensão instruções complexas/simples					
Compreende instruções complexas sem apoio	5/7	1/-	1/-	-	7/7
Compreende instruções complexas com apoio	10/9	-	1/1	-/3	3/1
Compreende instruções simples sem apoio	-	1/-	-	-/1	13/12
Compreende instruções simples com apoio	10/13	1/-	-	2/1	1/-
Linguagem					
Construção de frases	-/1	1/1	1/2	4/3	5/4

Linguagem adaptada à situação	-	-	5/6	2/2	4/3
Comunicação Não-Verbal					
Dirige o olhar espontaneamente	-	-	1/2	5/4	8/8
Dirige o olhar apenas quando é solicitado	1/3	2/1	4/3	7/5	-/2
Evita o olhar	9/6	1/2	3/6	1/-	-
Comunica por gestos e mímica	9/7	1/1	3/3	1/3	-
Memória					
Recorda-se de toda a sessão, inclusive de alguns pormenores ocorridos	3/4	2/2	2/4	7/4	-
Recorda-se da maioria das atividades da sessão	1/3	2/3	3/3	8/5	-
Recorda-se somente de atividades do seu interesse	7/4	3/1	1/6	3/3	-
Não se recorda da informação da sessão	9/6	1/4	2/2	2/2	-
Recorda-se da sessão anterior, explicando as atividades	2/2	3/2	2/6	7/2	-
Recorda-se apenas de algumas atividades da sessão anterior	3/2	2/3	8/5	1/2	-
Não se recorda das sessões anteriores	12/5	-/3	-/2	2/2	-
Relação					
Postura adequada na relação com o outro	-	0/1	6/6	5/4	3/3
Apresenta uma postura desinibida	4/6	3/2	4/5	3/1	-
Consegue gerir a distância entre si e o outro	-	-/1	8/4	1/2	5/7
Aceita o toque/contacto físico	-	-/1	6/4	1/3	7/6

	0 Nunca I/F	1 Raramente I/F	2 Algumas vezes I/F	3 Frequentemente I/F	4 Sempre I/F
Relação com os pares					
Estabelece relações espontaneamente	-/1	2/3	1/1	6/5	5/4
Estabelece relações quando solicitado pelos técnicos	-	-	2/1	7/8	5/5
Apenas estabelece relação quando é procurado pelos pares	6/-	2/-	5/1	1/8	-/5
Apresenta comportamento adequado	1/-	-/1	5/6	4/4	4/2
Cooperação					
Coopera com os seus pares nas atividades	-	1/1	5/7	5/3	3/3
Procura e ajuda os seus pares	-	1/2	2/7	4/1	2/3
Tem noção das consequências das suas atitudes e comportamento	2/2	-/5	5/5	2/2	5/5
Relação com o terapeuta					
Tipo de Relação					
Cooperação	1/1	1/2	2/2	2/3	8/6
Afetuosidade	1/2	-	4/6	3/2	6/4
Indiferença	9/11	/	3/1	2/2	-
Oposição	9/11	1/-	1/-	3/3	-
Agressividade	12/-	2/12	-/1	-	-
Rejeição	13/12	1/1	/1	-	-
Grau de dependência					
Independente do terapeuta	-/1	1/2	5/3	4/3	4/5
Necessita de ajuda parcial	5/5	-/1	7/5	2/3	-
Necessita de ajuda constante	11/12	1/-	2/-	-/3	-
Instruções					
Cumprir as instruções, com satisfação	1/1	1/-	-	2/4	10/9
Cumprir as instruções, contrariado	11/9	2/2	-/2	1/2	-
Não presta atenção às instruções	11/10	-/1	1/1	2/1	-/2
Não cumprir as instruções	11/11	-/1	1/1	2/1	-
Grau de confiança					
Mostra-se familiar, expondo a sua opinião	9/10	-	1/-	4/-	-/4
Revela os seus medos a inquietações	5/8	/1	2/3	1/-	6/2

Procura o terapeuta enquanto parceiro de jogo	3/3	-/1	2/1	4/7	5/2
Não revela qualquer afinidade/empatia	-	-	-	-	-
Relação com o Espaço envolvente					
Exploração do espaço					
Explora todo o espaço	2/-	3/5	1/1	2/2	6/6
Explora parcialmente o espaço	8/7	1/1	2/2	3/3	-/1
Explora apenas o espaço próximo de si	9/10	-/1	1/1	3/2	1/-
Não explora o espaço	13/12	1/-	-	-/2	-
Exploração dos Materiais					
Relaciona-se com todo o material	2/3	-	-/2	-/1	12/8
Explora todo o material, mas fixa-se num específico	11/8	-	1/1	/2	2/3
Apenas explora materiais específicos	-	-	-	-	-
Não se relaciona com nenhum material	-	-	-	-	-
Estratégias					
Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações	6/4	1/2	1/-	1/-	5/8
Imita as estratégias dos colegas	9/11	-/-	2/1	2/1	1/1
Não desenvolve estratégias	12/13	1/-	-	-	1/1

	0 Nunca I/F	1 Raramente I/F	2 Algumas vezes I/F	3 Frequentemente I/F	4 Sempre I/F
Fatores Psicomotores					
Sincinesias					
Apresenta sincinesias	12/11	-	-/1	2/2	-
Tempo de reação					
Lentificação na resposta a estímulos	7/6	-	4/6	2/2	1/-
Lentificação na resposta em act.motoras	7/7	-	3/3	4/4	-
Coordenação dos movimentos					
Membros superiores	-	-/1	1/1	3/2	10/10
Membros inferiores	-	-/1	4/1	3/2	7/10
Equilíbrio					
Consegue manter-se em equilíbrio estático	1/1	-	-/1	3/3	10/9
Apoia-se em ambos os pés	-	-	-	-	14/14
Apoia-se apenas sobre o pé esquerdo	-	-	-	-	-
Apoia-se apenas sobre o pé direito	12/12	-	-/1	2/1	-
Consegue manter-se em equilíbrio dinâmico	3/4	-	2/2	-/2	9/6
Lateralidade					
Preferência manual					
Dextra	-	-	-	-	13
Esquerdina	-	-	-	-	1
Ambidextra	-	-	-	-	-
Distinção direita-esquerda					
Distingue-as e nomeia corretamente	5/6	-	1/-	-	6/8
Reconhece, mas não faz distinção verbal	7/11	-	-	1/-	4/3
Não faz qualquer distinção	11/11	-	-	-	1/1
Noção do corpo					
Reconhecimento tátil					
Reconhece os segmentos em que é tocado	2/3	-	1/-	1/1	10/10
Reconhecimento e nomeação dos segmentos corporais em si					
Nomeia a maioria dos segmentos	6/4	-/1	1/-	-	5/7
Estruturação rítmica					
Memoriza e reproduz uma sequência rítmica apresentada, sem dificuldades	10/9	-/1	-	-	4/4
Não reproduz uma sequência rítmica apresentada	12/11	-	-	-	2/3
Praxia global e fina					

Através da observação dos resultados obtidos na tabela 8 podemos verificar primeiramente que metade do grupo apresenta um aspeto mesomorfo e a outra metade endomorfo. Relativamente a aspetos ortopédicos e problemas posturais nenhum dos elementos do grupo apresenta problemas ortopédicos ou problemas posturais. Relativamente ao vestuário, 12 elementos apresentam um vestuário cuidado e ajustado para as sessões no ginásio, os outros 2 elementos não levam roupa confortável para este efeito. No que diz respeito à Postura/Organização Tónica 3 dos elementos apresenta uma postura hipertónica, caracterizada por rigidez muscular, impulsividade (Fonseca, 2007 p.137) 2 elementos hipotónicos, caracterizada por passividade, flacidez (Fonseca, 2007 p. 137) e 9 elementos com uma organização eutónica, estado ótimo do tônus muscular (Fonseca, 2007 p. 137). Quanto ao comportamento geral/estado emocional 3 dos elementos são geralmente inibidos e 3 inconstantes, e 6 elementos por sua vez mantêm-se calmos. Verificaram-se problemas de Linguagem como a Disfasia em 10 elementos do grupo, não se verificando coprolalia e ecolalia em nenhum dos elementos.

Relativamente à postura perante a tarefa 5 elementos do grupo eram sempre cooperantes e ativos e a maioria do grupo nunca se mostrava ansioso ou apático. Quanto à adesão à tarefa, observou-se que tendem a aderir às tarefas com estímulo verbal e que apenas 2 elementos não aderiam algumas vezes, corroborando assim com o item seguinte, em que se verifica que preferem escolher atividades sugeridas pelos técnicos do que escolher uma atividade que seja do seu agrado. No que diz respeito à atenção, 8 a 10 elementos conseguiam estar atentos num período superior a 15 minutos, sendo substancial na medida em que as sessões duravam pelo menos 45 minutos. No que diz respeito à Impulsividade a maioria dos clientes (9) nunca demonstrava qualquer impulsividade, contudo, 1 elemento era frequentemente impulsivo e 11 elementos do grupo planeavam sempre as tarefas. Quanto à persistência, 6 clientes esforçavam-se algumas vezes, e os restantes 7 clientes frequentemente e sempre. No que concerne ao tempo de participação na Tarefa, 8 elementos do grupo na avaliação final participavam sempre pelo menos 75% do tempo, tendo-se assim observado um aumento neste item e ainda 12 participantes nunca participava menos de 25% do tempo. Relativamente à noção de tempo e espaço, o grupo quase todo respeita sempre a duração e o contexto, tendo-se verificado algumas vezes e frequentemente que 2 elementos não têm este conceito bem assente. Quanto ao ajustamento à tarefa metade do grupo apresentava sempre comportamentos adequados no decorrer da atividade, 2 elementos apresentavam em todas as sessões comportamentos desajustados, mas moderavam-nos quando chamados à atenção, 1 dos elementos do grupo só mantinham um comportamento ajustado nas atividades para as quais estava motivado (elemento este que saía do ginásio sem pedir autorização para tal, quando as tarefas não eram do seu agrado). No respeito pelas regras, metade do grupo acatava sempre as regras, sendo de referir que na avaliação inicial havia um maior desrespeito pelas mesmas, verificando-se assim uma evolução. Apenas 2 elementos do grupo não respeitava as regras algumas vezes, situação que manteve até ao final da intervenção da estagiária, ainda que com menor frequência. Quanto à autonomia, os clientes demonstraram alguma dependência dos técnicos e dos colegas, sendo assim de frisar que houve um aumento da autonomia dos clientes da avaliação inicial para a final.

No que diz respeito à tomada de iniciativa e sugestões, revelou-se uma área menos forte no grupo. Apenas 3 elementos do grupo davam sugestões frequentemente na avaliação inicial, com o decorrer das sessões 2 elementos passaram a fazê-lo autonomamente sem reforço. Apenas 1 elemento do grupo nunca tomava iniciativa nem dava sugestões. Relativamente aos jogos coletivos verificou-se um aumento no número de participantes que preferia jogos coletivos aos jogos livres. Quanto à tolerância à frustração, apenas 3 elementos na avaliação final reagem adequadamente à frustração,

verificou-se ainda que 7 clientes reagiam melhor à frustração quando estavam acompanhados. E 1 dos elementos não tolerava o insucesso de todo, pois desistia logo das tarefas ou sentava-se no banco sueco. No que concerne à compreensão de instruções complexas sem apoio 7 elementos do grupo desempenhava sempre bem esta tarefa na avaliação inicial e final, em oposição aos outros 7 elementos que nunca compreendiam instruções complexas sem apoio. Relativamente ao compreender instruções simples com ou sem apoio, verificou-se que 12 elementos do grupo compreendiam sempre instruções simples sem apoio nos dois momentos de avaliação. Na linguagem podemos constatar que 4 participantes são capazes de construir sempre frases, valor igualmente observado nos que utilizam linguagem adaptada à situação. Os restantes clientes apresentam um vocabulário pobre para a idade. Quanto à comunicação não-verbal 8 elementos dirigem sempre o olhar espontaneamente (número observado nos dois momentos de avaliação), 2 elementos do grupo dirigia o olhar quando lhe era solicitado. Apenas um participante evita sempre o olhar e a maioria não comunicam por gestos e mímica. No que concerne ao recordar-se de toda a sessão 3 elementos na avaliação inicial nunca se recordava das tarefas realizadas na sessão anterior e apenas 4 elementos recordavam-se sempre. Importa salientar que todos os participantes se lembravam sempre pelo menos de algum pormenor da sessão. Relativamente ao manter uma postura adequada em relação aos pares, 3 elementos do grupo agiam sempre de forma adequada, verificando-se apenas que 1 elemento executava esta tarefa raramente.

No que concerne à relação com os pares, 5 participantes estabeleciam sempre relações com os pares espontaneamente frequentemente, verificando-se ainda a diminuição de 1 elemento neste item e 1 participante nunca estabelecia relações espontaneamente. De referir ainda que a maioria do grupo estabelecia relações com os pares quando procurados pelos mesmos. Na cooperação, não se observou nenhum elemento que não cooperasse com os colegas. Na relação com o terapeuta, na sua maioria era de cooperação e afetuosa, tendo-se ainda constatado que 1 dos elementos do grupo apresentava comportamentos de oposição e pontualmente de agressividade ou rejeição. Relativamente à independência do terapeuta, na avaliação inicial verificou-se um número maior de elementos dependentes do terapeuta que na avaliação final. Os 4 ou 5 clientes que necessitavam de ajuda parcial, devia-se às suas dificuldades motoras e não por questões emocionais. Observou-se que 9 elementos do grupo cumpriam sempre as instruções com satisfação e nenhum dos elementos cumpria sempre as instruções contrariado, sendo que os valores da avaliação inicial são semelhantes aos da avaliação final. Apenas 1 elemento não cumpria as instruções algumas vezes e o motivo era querer realizar sempre a mesma atividade. Não se verificou nenhum participante que não revelasse qualquer afinidade ou empatia pelo terapeuta. Quanto à exploração do espaço verificou-se um aumento dos participantes que exploravam todo o espaço da avaliação inicial para a final, tendo-se assim ainda observado também que os clientes requeriam reforço verbal para se deslocarem por todo o ginásio. Na exploração de materiais, 12 elementos do grupo se relacionavam sempre com todo o material na avaliação inicial, na final verificou-se uma diminuição para 8 participantes pois quando a estagiária levava materiais alguns elementos tendiam a ignorar esses materiais. Nenhum elemento no grupo explorava apenas materiais específicos ou simplesmente não se relacionava com nenhum material. Relativamente às estratégias desenvolvidas foi possível observar um aumento no número de participantes que desenvolvia sempre estratégias eficazes e 1 elemento do grupo nunca desenvolvia estratégias.

Relativamente aos fatores psicomotores, nomeadamente nas sincinésias, nunca se verificaram em 11 participantes, e verificaram-se sempre em 2 elementos do grupo. No que concerne ao tempo de reação nunca se observou lentificação na resposta a estímulos e em atividades motoras em 7 elementos do grupo nos dois momentos de avaliação, os restantes elementos apresentaram algumas vezes e frequentemente, sendo o desempenho semelhante na avaliação inicial e final. No que diz respeito à

coordenação de movimentos, especificamente nos membros superiores, o desempenho manteve-se da avaliação inicial para a final, pelo que 10 participantes eram sempre coordenados ao nível dos membros superiores. Resultados diferentes obtiveram-se nos membros inferiores, pois obteve-se uma melhoria na coordenação dos membros inferiores em 3 elementos. No equilíbrio, nomeadamente no equilíbrio estático, o desempenho foi semelhante nos dois momentos de avaliação, pelo que não se observou nenhum elemento que não conseguisse estar em equilíbrio estático e 9 elementos que conseguiam estar sempre nesta posição. Todos os participantes conseguiam apoiar-se sempre em ambos os pés. Menos de metade do grupo conseguia manter-se sempre em equilíbrio dinâmico. No que diz respeito à preferência manual 13 elementos são dextros e 1 elemento é esquerdino. Quanto à distinção direita-esquerda verificou-se uma evolução, passando de 6 para 8, o número de elementos que distingue e nomeia sempre corretamente a direita-esquerda, contudo, 6 participantes mantiveram o desempenho da avaliação inicial de nunca conseguirem efetuar esta distinção. Relativamente à noção de corpo, 10 elementos do grupo reconhecem os segmentos corporais em que são tocados, e 3 elementos do grupo nunca reconhecia os segmentos em que era tocado. Quanto ao reconhecimento dos segmentos corporais em si, verificou-se uma ligeira evolução, passando de 5 para 7 participantes que nomeavam sempre a maioria dos segmentos corporais em si próprio. No que concerne à estruturação rítmica, revelou-se uma área em os participantes tinham muitas dificuldades, pelo que 4 elementos memorizavam e reproduziam sempre uma sequência rítmica sem dificuldades e 3 elementos nunca reproduzia uma sequência rítmica. Todos os participantes mostraram-se aptos para realizar tarefas que exigiam destreza manual, verificando-se também uma evolução neste item de 6 para 9 elementos que executavam sempre este tipo de tarefas.

7.1.2 Programa de Exercício e Saúde (PES)

Devido a fatores externos, não possível efetuar a avaliação final, pelo que se procedeu a um tratamento dos dados diferente das restantes avaliações. Para consultar os resultados relativos a este contexto, consultar Anexo G.

7.1.3. Grelha de Avaliação Hipoterapia (HT) e Equitação Terapêutica (ET)

Na tabela 9 serão apresentados os dados obtidos na avaliação inicial (I) e final (F) no contexto Ginásio com um grupo constituído por 6 elementos e decorreu no picadeiro da Academia Equestre João Cardiga.

Tabela 9 - Resultados da avaliação inicial e final da Grelha de avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica

CLIENTE	F.C I/F (ET)	E.L I/F (ET)	F.M I/F (ET)	A.J I/F (ET)	M.M I/F (HT)	B.M I/F (ET)
COMPETÊNCIAS/TAREFAS						
1. DESEMPENHO MOTOR - MONTAR / APEAR						
Coloca o toque	0/3+	0/2+	0/0	1/3+	NA	0/0
Sobe as escadas	1/1	1/1	1/1	1/1	NA	2/2
Monta com apoio no pé	4/4	1/1	1/1	1/1	NA	1/1
Monta colocando o pé no estribo	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Senta-se no cavalo, passando a perna esquerda por trás	4/4	1/1	1/1	1/1	NA	1/2+
Senta-se no cavalo lateralmente, passando a perna esquerda pela frente	4/4	1/1	1/1	1/1	NA	1/2+
Posicionamento de decúbito ventral, com pernas em abdução	0/3+	4/4	1/1	1/1	1/1	4/4
Posicionamento em decúbito lateral	1/1	1/1	1/1	1/1	1/1	1/2+
Desce do cavalo, passando perna por trás	4/4	2/2	1/1	3/3	NA	1/2+
Desce do cavalo, passando perna pela frente	4/4	1/1	1/1	1/1	NA	1/2+
Desce as escadas	1/1	1/1	1/1	1/1	NA	2/2
Retira o toque	0/2	1/2+	0/0	1/3+	NA	0/0
2. DESEMPENHO MOTOR NOS DIFERENTES TIPOS DE ANDAMENTO DO CAVALO						
Passo cadenciado e em linha reta	4/4	4/4	3/3	4/4	4/4	4/4
Passo em círculos	4/4	4/4	3/3	4/4	4/4	4/4
Passo com mudanças de direção	4/4	3/4+	3/3	4/4	4/4	3/3
Volteio a trote	0/2+	0/1+	NA	4/4	NA	0/4+
Volteio a galope	NA	NA	NA	1/4+	NA	0/4+

Condução do cavalo no chão ou com rédeas		NA	NA	NA	0/4+	NA	NA
3. TÔNUS MUSCULAR							
Início da sessão	Hipertônico	N/N	S/S	S/S	N/N	S/S	N/N
	Hipotônico	N/S	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N
	Variável	S/N	N/N	N/N	S/S	N/N	S/N
Durante a sessão	Mantém as suas características	N/N	S/N	S/N	S/N	N/N	S/N
	Diminui	S/S	N/S	N/S	S/S	S/S	N/N
	Aumenta	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/S
Após a sessão	Mantém as suas características	S/S	S/N	S/N	N/N	N/N	N/N
	Diminui	N/N	N/S	N/S	S/S	S/S	N/N
	Aumenta	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	S/S
4. PADRÕES DE POSTURA							
Cabeça	a. Cabeça, ombros e pescoço fletidos.	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
	b. Cabeça direita e equilibrada sobre o tronco, mas pescoço fletido.	S/N	S/S	S/S	N/N	NA	S/N
	c. Cabeça equilibrada e alinhada com o corpo-postura correta.	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
	d. Cabeça e pescoço em extensão.	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
	e. Se a cabeça está em extensão cervical.	N/S	N/N	N/N	S/S	NA	N/N
Cintura escapular e coluna dorsal	a. Inclinação posterior moderada – inversão da curvatura lombar.	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
	b. Ligeira inclinação posterior da pélvis com diminuição da lordose lombar.	S/S	S/S	N/N	N/S	NA	N/N
	c. Pélvis neutra com lordose lombar normal-postura correta.	N/S+	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
	d. Inclinação anterior ligeira da pélvis com aumento da lordose lombar.	N/N	N/N	N/S	S/N	NA	N/N
	e. Inclinação moderada da pélvis com aumento da lordose.	N/N	N/S	S/N	N/N	NA	S/S
Grau Flexão Anca	a. Ligeira flexão <45°	S/S	S/S	S/S	N/S	NA	S/S
	b. Aproximadamente 45° de flexão	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
	c. Aproximadamente 90° de flexão	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N
Flexão dos joelhos	a. Joelhos em extensão	S/S	S/S	S/S	S/S	NA	S/S
	b. Joelhos fletidos com os pés paralelos ao chão (aprox 90°)	N/N	N/N	N/N	N/S	NA	N/N
	c. Joelhos muito fletidos (sup. 90°)	N/N	N/N	N/N	N/N	NA	N/N

Legenda: 0 - Insuficiente; 1 – Com Ajuda Física; 2 – Com Ajuda Verbal; 3 – Suficiente; 4 – Bom.

I – Inicial; F – Final; ET – Equitação Terapêutica; HT – Hipoterapia.

S – Sim; N – Não.

CLIENTE		F.C I/F (ET)	E.L I/F (ET)	F.M I/F (ET)	A.J I/F (ET)	M.M I/F (HT)	B.M I/F (ET)
COMPETÊNCIAS/TAREFAS							
5. EQUILÍBRIO							
Parado		4/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4
Movimento em linha reta		4/4	4/4	3/4+	4/4	4/4	3/3
Transições		4/4	3/3	1/1	3/3	4/4	3/3
Movimento com mudanças de direção		4/4	4/4	3/3	4/4	4/4	3/3
6. PADRÕES DE MOVIMENTO							
Coordenação motora na atividade	Global	4/4	4/4	3/4+	4/4	NA	3/4+
	Membro superior direito	4/4	4/4	3/3	4/4	NA	3/4+
	Membro superior esquerdo	1/1	4/4	3/3	4/4	NA	3/4+
	Membro inferior direito	4/4	4/4	3/3	3/3	NA	3/4+
	Membro inferior esquerdo	1/1	4/4	3/3	4/4	NA	3/3
Autocontrolo motor	Membro superior direito	4/4	4/4	3/3	3/3	NA	4/4
	Membro superior esquerdo	3/3	4/4	3/3	4/4	NA	4/4
	Membro inferior direito	4/4	4/4	3/3	3/3	NA	4/4
	Membro inferior esquerdo	4/4	4/4	3/3	4/4	NA	4/4
Membro superior funcional	Ambos os membros superiores	3/3	4/4	1/1	4/4	NA	4/4
Controlo oculomotor		3/3	NA	3/3	4/4	NA	3/3
Realiza movimentos bilaterais anteroposterior e verticais		3/3	1/3+	0/0	3/3	NA	1/1
Realiza movimentos bilaterais, laterais e circulares		2/2	2/3+	0/0	4/4	NA	1/1
Realiza movimentos unilaterais do mesmo lado		4/4	2/4+	1/1	4/4	NA	3/3
Realiza movimentos unilaterais cruzando a linha média com movimento do tronco		0/3+	2/3+	0/0	4/4	NA	3/3
Planeamento motor	Compreende o movimento	2/2	4/4	0/0	4/4	4/4	2/2
	Executa o movimento	0/2+	4/4	1/1	4/4	4/4	2/2
7. DESEMPENHO COGNITIVO							
Compreende uma ordem simples		4/4	4/4	2/2	4/4	4/4	2/2
Compreende uma tarefa simples [sequência de 1 a 2 ordens]		4/4	4/4	1/1	3/3	4/4	1/1

Compreende uma tarefa complexa [sequência de 3 ou mais ordens]	1 / 2 +	4 / 4	1 / 1	1 / 2 +	4 / 4	0 / 0
Inicia a tarefa mas não conclui	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	0 / 0	3 / 3
Tem orientação no espaço	3 / 3	4 / 4	0 / 0	2 / 2	4 / 4	3 / 3
Capacidade de aprendizagem	3 / 3	4 / 4	2 / 2	2 / 2	4 / 4	2 / 2
8. DESEMPENHO PSICO-SOCIAL						
Capacidade de adaptação a novas situações	N / N	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S
Tolerância à frustração	N / N	S / S	S / S	S / S	N / N	S / S
Motivação na execução das tarefas	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S
Interage com os outros	N / S	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S
Colabora nas atividades	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S
Respeita as regras instituídas no contexto da atividade e picadeiro	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S
9. INTERAÇÃO COM O CAVALO						
Ignora/indiferente	S / N	S / N	N / N	N / N	N / N	N / N
Afetoso	N / S	S / S	S / S	S / S	S / S	S / S
Agressivo	N / N	N / N	N / N	N / N	N / N	N / N
Ansioso	N / N	N / N	S / S	N / N	N / N	S / S
10. INTERAÇÃO COM O TÉCNICO / LÍDER/ APOIO LATERAL						
Ignora/indiferente	S / N	S / N	N / N	N / N	N / N	N / N
Afetoso	N / S	S / S	N / N	S / S	S / S	S / S
Agressivo	N / N	N / N	N / N	N / N	N / N	N / N
Ansioso	N / N	N / N	N / N	N / N	N / N	N / N
11. ASSIDUIDADE E EQUIPAMENTO						
É assíduo na atividade	4 / 4	3 / 3	4 / 4	4 / 4	3 / 3	4 / 4
Utiliza vestuário adequado à execução da atividade	4 / 4	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	4 / 4
12. EQUIPAMENTO UTILIZADO						
Manta com silhão sem argolas	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	4 / 4	0 / 0
Manta com silhão com duas argolas	4 / 4	4 / 4	4 / 4	4 / 4	NA	4 / 4
Manta com silhão com uma argola	0 / 3 +	0 / 3 +	0 / 4 +	4 / 4	NA	0 / 3 +
Sela com estribos	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0

Legenda: 0 - Insuficiente; 1 – Com Ajuda Física; 2 – Com Ajuda Verbal; 3 – Suficiente; 4 – Bom.; I – Inicial; F – Final; ET – Equitação Terapêutica; HT – Hipoterapia; S – Sim; N – Não.

Será realizada uma análise qualitativa dos dados obtidos na Avaliação Inicial e na Avaliação Final da Grelha de Avaliação de hipoterapia e equitação Terapêutica utilizada na CERCIOEIRAS. A intervenção neste âmbito foi direcionada a um grupo de 6 clientes. Assim, numa primeira análise, podemos verificar que na sua maioria houve uma manutenção das competências adquiridas, nos diferentes itens avaliados, observando-se pontualmente algumas evoluções em algumas tarefas.

Fazendo uma análise descritiva de cada item, podemos verificar que no primeiro conjunto de tarefas relacionadas com o desempenho motor – montar/appear, podemos verificar que FM e BM não colocam o toque na cabeça, situação verificada na avaliação inicial e na avaliação final. O FC no início da intervenção, não realizava a tarefa, no entanto, com incentivo e motivação do técnico passou a realizar a tarefa, necessitando apenas de apoio para o ajuste do mesmo. A EL na avaliação inicial também não colocava o toque, mas com o decorrer da intervenção, passou a executar a tarefa com ajuda verbal. O AJ, já realizava a tarefa com ajuda física na avaliação inicial, no entanto, passou a realizá-la com ajuda verbal. A MM e a BM não realizam a tarefa. O FC, EL, FM e AJ sobem as escadas com ajuda física e BM com ajuda verbal e supervisão constante. A MM tem de ser colocada no cavalo. Relativamente à tarefa de montar o cavalo com apoio no pé, o FC realiza a tarefa. A EL, o FM e o AJ realizam a tarefa com ajuda física e BM realiza a tarefa com ajuda verbal, verificado nos dois momentos de avaliação. No que diz respeito à tarefa de montar o cavalo colocando o pé no estribo, não se aplica, visto que, não eram colocados estribos no cavalo durante as sessões. Quanto à tarefa de sentar-se no cavalo, passando a perna esquerda por trás, o FC realiza a tarefa sem qualquer apoio, a EL, FM, AJ e BM necessitam de ajuda física para a concretização da mesma. Na tarefa, de sentar-se no cavalo lateralmente, passando a perna esquerda pela frente, o FC realiza a tarefa sem apoio, a EL, FM e AJ executam a tarefa com ajuda física, situação verificada na avaliação inicial e na avaliação final. A MM não realiza a tarefa e BM na avaliação inicial executava a tarefa com ajuda física, contrariamente, à avaliação final, em que já realizava a tarefa com ajuda verbal. No que concerne ao Posicionamento em decúbito ventral, com pernas em abdução, executa a

tarefa de forma satisfatória, sem apoio. A BM executa a tarefa sem qualquer dificuldade. Os restantes clientes (EL, FM, AJ e MM), necessitam de ajuda física para a realização deste posicionamento. Quanto ao posicionamento em decúbito lateral, o FC, EL, FM, AJ e MM, necessitam de apoio físico para executar a tarefa. A BM na avaliação inicial, necessitava de apoio físico, contudo, na avaliação final passou a necessitar apenas de apoio verbal. Relativamente, a descer do cavalo, passando a perna por trás o FC realizou a tarefa com uma boa técnica e sem qualquer apoio e o AJ executou a tarefa de forma satisfatória nos dois momentos de avaliação. A EL necessitou de apoio verbal nas avaliações inicial e final na tarefa e o FM, AJ e MM, necessitaram de apoio físico para a execução da tarefa. A BM na avaliação inicial necessitava de apoio físico para descer do cavalo, no entanto, na avaliação final tal já não se verificava, passando a requerer apenas apoio verbal. No que concerne à tarefa de descer do cavalo, passando a perna pela frente, o FC realiza a tarefa sem qualquer apoio, a EL, FM, AJ e MM, necessitaram de apoio físico, da avaliação inicial à avaliação final. A MM devido à sua condição médica, não consegue executar a tarefa. A BM inicialmente necessitava de apoio físico, no entanto, com o decorrer da intervenção, passou a necessitar apenas de apoio verbal. Na tarefa de descer as escadas, todos executam-na exceto a MM, que necessita de ser colocada no cavalo. O FC, EL, FM e AJ, necessitam de apoio físico para a execução da tarefa e a BM, de apoio verbal, observado nas avaliações inicial e final. Quanto à tarefa de retirar o toque, os desempenhos variam nos diferentes elementos do grupo. O FC inicialmente, recusava a realização da tarefa, contudo, com o apoio e a persistência dos técnicos, passou a realizar a tarefa, necessitando apenas de apoio verbal. A EL, na avaliação inicial necessitava de apoio físico para apertar o encaixe do toque, mas com o suporte dos técnicos, passou a realizar com apoio verbal. O FM, a MM e a BM não executam a tarefa.

No que concerne às tarefas relacionadas com o desempenho motor nos diferentes tipos de andamento do cavalo, na primeira tarefa do passo cadenciado e em linha reta, podemos verificar que todos os clientes executam a tarefa com sucesso, sendo que, o FM necessita de supervisão constante, por não apresentar noção do perigo, e tendendo a deslizar pelo cavalo durante o volteio. Relativamente ao passeio em círculos, todos os clientes executaram a tarefa com sucesso nos dois momentos de avaliação, sendo de referir novamente, que o FM necessita de supervisão constante. Na tarefa a passo com mudanças de direção, o FC, AJ e MM, realizam a tarefa sem apoio, a EL na avaliação inicial realizava a tarefa de forma ajustada, contudo, na avaliação final já realizava a tarefa com destreza. O FM e a BM realizavam a tarefa sem apoio. No volteio a trote, do momento da avaliação inicial para o de avaliação final, verificou-se uma aquisição desta competência no FC, EL e BM, sendo que o FC passou a realizar a tarefa com ajuda verbal, a EL com ajuda física, e a BM passou a realizar a tarefa sem apoio. O FM e a MM, não realizam a tarefa. Respeitante ao volteio a galope, apenas o AJ estava preparado para a realização da tarefa, sendo que, na avaliação inicial necessitava de apoio físico de monitor passando a realizá-la sem apoio na avaliação final. Os restantes elementos não executam a tarefa. Quanto à condução do cavalo no chão ou com rédeas, novamente, o AJ foi o único elemento a realizar a tarefa sem apoio. Os restantes clientes não realizam.

Relativamente ao tónus muscular, o EL, FM e MM apresentam uma postura hipertónica caracterizada por uma elevada rigidez muscular. Os restantes elementos (FC, AL e BM) apresentam uma postura eutónica no início da sessão. Nenhum dos clientes apresentou um estado hipotónico no início da sessão. Quanto à variabilidade, o FC na avaliação inicial ocasionalmente apresentava-se hipertónico, no entanto, com o decorrer da intervenção e na avaliação final, já se apresentava eutónico, situação igualmente verificada na BM. A EL, o FM e a MM, nunca apresentavam variabilidade no seu tónus muscular. O AJ, desde a avaliação inicial à final, por vezes apresentava algumas oscilações no seu tónus muscular. No que diz respeito, à manutenção das características ao longo da sessão, tal não se verifica no FC e na MM, que nos dois momentos de avaliação, vieram a diminuir a hipertonidade ao longo da mesma. Os restantes clientes

(EL, FM, AJ e BM) na avaliação inicial mantinham as características, contudo, na avaliação final, verificou-se uma alteração do tônus muscular, para um estado eutónico. Com o decorrer da sessão, observou-se uma diminuição do tônus muscular, no FC, EL, FM, AJ e MM. A BM com o decorrer da sessão, ficava mais agitada, verificando-se através do bater palmas e da extensão dos membros inferiores. Após a sessão, nos dois momentos de avaliação, relativamente à manutenção das características o FC não apresenta alterações. O AL, MM e BM não mantêm, apresentando um estado eutónico, após a sessão. A EL e o FM na avaliação inicial mantinham as características, contudo, no fim da intervenção, já não se verificava. Deste modo, após a sessão, o tônus não diminuía no FC e na BM. No AJ e na MM, o tônus diminuía. Quanto ao aumentar do tônus muscular, após a sessão, apenas se verifica na BM.

No que diz respeito aos padrões de postura, nenhum dos clientes apresenta a Cabeça, ombros e pescoço fletidos durante o volteio. Relativamente ao manter a cabeça direita e equilibrada sobre o tronco, mas o pescoço fletido, na avaliação inicial o FC e a BM mantinham esta postura durante a sessão, contudo, na avaliação final, já se verificava um ajuste da posição, observando-se uma diminuição da flexão do pescoço. A EL e o FM mantiveram esta postura nos dois momentos de avaliação. Quanto ao manter a cabeça equilibrada e alinhada com o corpo – postura correta, tal não se verificou em nenhum dos clientes, nos dois momentos de avaliação, no entanto, o que mais se aproximou desta postura, foi o AJ. No que diz respeito à cabeça e pescoço em extensão, não se verificou em nenhum dos clientes, nos dois momentos de avaliação. No que concerne à cabeça estar em extensão cervical, apenas o AJ apresenta este padrão de postura na avaliação inicial e final, e o FC na avaliação inicial não apresentava esta postura, contudo, na avaliação final por vezes se verificava.

No que concerne à inclinação posterior moderada – inversão da curvatura lombar, não se verifica este padrão de postura em nenhum dos clientes. Quanto à ligeira inclinação posterior da pélvis com diminuição da lordose lombar, é observado no FC e na EL nos dois momentos de avaliação. O FM e a BM não apresentam este padrão de postura e o AJ na avaliação inicial não apresentava esta postura, contudo, tal passou a verificar-se na avaliação final. Relativamente à pélvis neutra com lordose lombar normal – postura correta, apenas o FC adquiriu esta postura. A Inclinação anterior ligeira da pélvis com aumento da lordose lombar, observou-se no FM, na avaliação final. No AJ, verificou-se o oposto, visto que, na avaliação inicial apresentava este padrão de postura e na avaliação final o comportamento já não se observava. Quanto à inclinação moderada da pélvis com aumento da lordose, não se observou este padrão de postura no FC e no AJ. A BM apresentou este padrão nos dois momentos de avaliação. A EL na avaliação inicial não apresentava este padrão de postura, contudo, na avaliação final, passou a apresentar, isto pode dever-se a um conjunto de complicações médicas e de algumas faltas às sessões de equitação terapêutica. O FM na avaliação inicial mantinha esta postura, no entanto, com o decorrer da intervenção deixou de a realizar. No que concerne ao grau de flexão da anca, relativamente a uma ligeira flexão menor que 45°, é observável no FC, EL, FM e BM, nos dois momentos de avaliação. No AJ, não se verificava esta postura na avaliação inicial, contudo, na avaliação final, já se verificava. Quanto aos 45° de flexão aproximadamente, não se verificou em nenhum dos clientes, comportamento igualmente observado aos 90° de flexão. No padrão de postura, joelhos em extensão, é observável no FC, EL, FM, AJ e BM, nos dois momentos de avaliação. Relativamente aos joelhos fletidos com os pés paralelos ao chão (aproximadamente 90°), não se verifica no FC, EL, FM e BM. No AJ, na avaliação inicial, não se verificava este padrão de postura, contudo, na avaliação final já se verificava. No que concerne aos joelhos muito fletidos (superior a 90°), não se verificou este padrão de postura em nenhum dos clientes.

Respeitantes ao equilíbrio parado, todos os clientes apresentam uma boa capacidade de equilíbrio. Quanto ao equilíbrio em movimento, em linha reta novamente verifica-se que todos os clientes apresentam uma boa capacidade de equilibrar-se, verificando-se uma evolução no FM do momento da avaliação inicial para a avaliação

final. Relativamente às transições, o FC e a MM, não necessitam de qualquer apoio durante a tarefa. O FM necessita de apoio físico e de supervisão constante para a tarefa. A EL e o AJ, realizavam a tarefa de forma ajustada. No que diz respeito ao Equilíbrio em Movimento com mudanças de direção, nenhum dos clientes necessitou de apoio durante a tarefa, nos dois momentos de avaliação.

No que concerne aos padrões de movimento, concretamente na coordenação motora durante as atividades, ao nível Global, o FC, a EL e o AJ realizaram a tarefa com sucesso sem qualquer apoio. O FM e a BM evoluíram da avaliação inicial para a avaliação final. Quanto à coordenação motora global do membro superior direito, o FC, EL e AJ apresentam uma coordenação ajustada. O FM apresenta uma coordenação motora global do membro superior direito razoável e a BM por sua vez, na avaliação inicial necessitava de algum suporte, contudo, na avaliação final tal já não se verificava. Relativamente ao membro superior esquerdo, o FC nos dois momentos de avaliação, apresentava alguma resistência na elaboração de algumas tarefas que envolvessem os membros inferior e superior esquerdo, necessitando assim de ajuda física. Os restantes clientes apresentam uma boa coordenação motora no membro superior esquerdo. Quanto à coordenação motora global do membro inferior direito e do membro inferior esquerdo podemos observar que os desempenhos são semelhantes, exceto no FC. Deste modo, o FC e a EL apresentam uma boa coordenação motora global do membro inferior direito, o FM e a AJ apresentam uma coordenação razoável, e a BM na avaliação inicial necessitava de alguma supervisão, contudo, na avaliação final, já se verificava boa coordenação por parte da cliente. No que concerne ao membro inferior esquerdo, novamente se verifica que o FC necessita de ajuda física para a execução das tarefas que envolvam este membro. A EL e o AJ não requerem qualquer apoio, evidenciando a boa coordenação motora que os mesmos apresentam e o FM e a BM apresentam uma coordenação motora global do membro inferior esquerdo dentro mediante as suas características.

No que diz respeito ao membro superior funcional podemos aferir que em nos dois membros superiores, o FC, EL, AJ e BM não requerem qualquer apoio para a concretização das atividades delineadas sendo elas, a manipulação de objetos, encaixar argolas numa esponja, atirar uma bola ao cesto, deslocar-se com uma argola em cada mão, colocar formas geométricas dentro de uma caixa, atividades estas realizadas com o cavalo em andamento. O FM por sua vez, dadas as suas características necessita de apoio físico para a concretização das mesmas. Relativamente ao controlo oculomotor, o FC, o FM e a BM apresentam um controlo suficiente, sendo que o do FC e a BM apresentam algumas dificuldades na visão. O AJ apresenta um excelente controlo oculomotor observado nas atividades que envolvem esta capacidade (colocar uma bola no cesto), encaixar as argolas no rolo de esponja, entre outras.

Quanto à realização de movimentos bilaterais anteroposterior e verticais, importa referir que estes movimentos envolvem o uso de ambos os lados do corpo em simultâneo, sendo observável em exercícios como transportar uma bola com as duas mãos com o cavalo em andamento ou a realização de sequências. Assim, o FC e o AJ realizam estes movimentos sem apoio. A EL na avaliação inicial necessitava de apoio físico para a realização das tarefas, contudo, na avaliação final já se observava uma maior autonomia, requerendo apenas algumas indicações e supervisão do técnico. O FM não executa estas atividades e a BM requer apoio físico constante, para a realização das mesmas. Relativamente aos movimentos bilaterais, laterais e circulares, temos como exemplo o helicóptero ou o avião, sendo que, o FC executava estes exercícios com ajuda verbal do técnico, recusando por vezes a realização das mesmas. A EL na avaliação inicial necessitava de ajuda verbal para a execução do helicóptero, contudo, na avaliação final já realizava a tarefa sem apoio. O FM não executa estes movimentos. O AJ executa-os sem apoio e a BM necessitava de apoio físico para a execução dos mesmos, pois facilmente se distrai com fatores externos. Quanto aos movimentos unilaterais do mesmo lado, o FC e o AJ executam-nos sem apoio, sendo que o FC por

vezes hesita em executar as atividades que envolvem lado esquerdo. A EL na avaliação inicial necessitava de apoio verbal para a execução, mas na avaliação final tal já não se verificava. O FM executa alguns movimentos unilaterais com apoio físico do técnico e a BM executa sem apoio. Nos movimentos unilaterais cruzando a linha média com movimento do tronco, o FC inicialmente não executava estes movimentos, contudo, na avaliação final realizava-os sem apoio. A EL na avaliação inicial requeria apoio verbal, contudo, na avaliação final já não necessitava do mesmo. O AJ e a BM executam as tarefas com sucesso. O FM não realiza estes movimentos.

No que diz respeito ao Planeamento Motor, quanto à compreensão do movimento, a EL, o AJ e MM não requerem apoio verbal ou demonstração para a execução da maioria das tarefas. O FM não apresenta compreensão relativamente às tarefas que lhe são sugeridas. O FC e a BM necessitam de apoio verbal e de demonstração. Relativamente à execução do movimento, o FC na avaliação inicial recusava a realização de algumas tarefas, principalmente as que não eram do seu agrado. A EL, O AJ e a MM executam os exercícios solicitados sem qualquer hesitação e sem apoio físico verbal. O FM executava os movimentos com apoio físico e a BM com apoio verbal.

No que concerne ao desempenho cognitivo, na tarefa de compreender uma ordem simples, o FC, EL, AJ e MM, não requerem qualquer apoio. O FM e a BM requerem apoio verbal para esta tarefa. Quanto ao compreender uma tarefa simples que envolva uma sequência de uma a duas ordens, o FC, EL, AJ e MM não necessitam de apoio. O FM e a BM necessitam de apoio físico para a execução. No que diz respeito à compreensão de uma tarefa complexa (sequência de 3 ou mais ordens), a EL e a MM, não requerem apoio para a execução da tarefa. O FC e o AJ na avaliação inicial requeriam apoio físico para a execução da tarefa, no entanto, na avaliação final já apenas necessitavam de apoio verbal. Quanto ao Iniciar a tarefa, não a concluindo, apenas dois elementos do grupo (AJ e BM) não finalizam a tarefa. Relativamente à orientação no espaço, a EL e a MM apresentam boa orientação no espaço, o FC e a BM também, enquanto que o AJ requer apoio verbal. Quanto à capacidade de aprendizagem o FC, a EL e a MM apresentam uma boa capacidade de aprendizagem. O FM e o AJ necessitam de apoio verbal para a aquisição de algumas competências.

Quanto ao desempenho psicossocial, na capacidade de adaptação a novas situações, a EL, F, AJ, MM e BM apresentam uma boa capacidade de adaptação, contrariamente ao FC que não aceita a mudança de rotinas. Relativamente à tolerância à frustração, o FC e a MM apresentam algumas dificuldades neste domínio, sendo que os restantes clientes não manifestam dificuldades neste campo. Na motivação e execução as tarefas, todos os clientes encontravam-se motivados para as mesmas. No que concerne à interação com os pares, novamente se verifica uma boa interação, excetuando o FC que tende a estabelecer contacto com figuras preferenciais, no entanto, esse comportamento foi-se alterando gradualmente com o decorrer da intervenção. Quanto à colaboração durante as atividades, todos os elementos colaboram nas mesmas e todos os clientes respeitam as regras instituídas no contexto da atividade e picadeiro.

No domínio da interação com o cavalo, o FC e a EL na avaliação inicial, ignoravam a interação com o mesmo, contudo, após o incentivo dos técnicos durante as sessões, passaram a fazê-lo sem hesitação. Os restantes elementos (FM, AJ, MM e BM) interagiam espontaneamente com o cavalo. Quanto ao ser afetuoso com o cavalo, na avaliação inicial o FC não apresentava empatia com o animal, algo que se deixou de verificar na avaliação final. Os restantes elementos mostravam afeto pelo cavalo, através do contacto físico e da procura do mesmo. Nenhum dos elementos foi agressivo com o cavalo, e o FM e a BM apresentaram alguma ansiedade perante o animal.

No que concerne à interação com o técnico/líder/apoio lateral, o FC e a EL na avaliação inicial, ignoravam o condutor do cavalo e por vezes o técnico, contudo, com reforço verbal e insistência, passou a relacionar-se espontaneamente. Os restantes clientes (FM, AJ, MM e BM) não ignoram o técnico/líder/apoio lateral. Quanto ao ser afetuoso, o AJ, a MM e a BM foram sempre afetuosos no decorrer da intervenção. O FC

na avaliação final já interagia afetuosamente com toda a equipa. Nenhum dos clientes foi agressivo ou ansioso com os membros da equipa.

No domínio da assiduidade e equipamento, que todos os clientes eram assíduos, no entanto, importa referir que os clientes que ocasionalmente faltavam as sessões eram a EL e a MM, geralmente por motivos de saúde. Relativamente à utilização do vestuário adequado (roupa confortável), apenas a BM por vezes não levava calçado apropriado para o picadeiro.

Por fim, no equipamento utilizado, o único elemento a utilizar manta com silhão sem argolas era a MM, visto ser a única a fazer hipoterapia e a ter de ser colocada em decúbito ventral. Quanto à manta com silhão com duas argolas, era utilizada pelo FC, EL, FM, AJ e BM. Já na manta com silhão com uma argola, na avaliação inicial não era utilizada pelo FC, EL, FM e BM, contudo com o decorrer da intervenção, já o faziam sem apoio. O AJ utilizava este instrumento nos dois momentos de avaliação. Na sela com estribos, nenhum dos clientes utilizava este instrumento.

Através da análise de comparação dos resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final existem vários pontos a considerar. Olhando para os 12 Domínios trabalhados neste contexto, verificaram-se melhorias nos Domínios desempenho motor – montar/appear e nos diferentes tipos de andamento do cavalo, equilíbrio, padrões de movimento, no desempenho cognitivo e no equipamento utilizado.

Fazendo uma análise mais específica dos elementos do grupo, de salientar uma melhoria do desempenho da BM na tarefa de montar, no sentar-se no cavalo lateralmente, passando a perna esquerda pela frente, no posicionamento em decúbito lateral, no descer do cavalo passando a perna por trás e pela frente pelo que, na avaliação inicial necessitava de apoio físico e na avaliação final já executava a tarefa com ajuda verbal. Ainda neste domínio, o FC (estudo de caso), na avaliação inicial não colocava o toque e passou a fazê-lo autonomamente, verificando-se igualmente este tipo de evolução no posicionamento em decúbito ventral com pernas em abdução. A EL passou a retirar o que com ajuda verbal e o AJ passou a retirar o toque sem apoio físico ou verbal.

No domínio do desempenho motor nos diferentes tipos de andamento do cavalo, de destacar o desempenho do AJ, na avaliação inicial demonstrava receio em conduzir o cavalo no chão ou com rédeas, em oposição à avaliação final, realizando já a tarefa autonomamente. A EL obteve frutos com o seu esforço, pois passou a executar o passo com mudanças de direção de forma autónoma e com uma boa técnica e apesar dos seus receios mostrou-se uma guerreira pois passou a executar o volteio a trote com ajuda física, contornando as suas dificuldades motoras. A BM na avaliação final também já era capaz de realizar o volteio a trote e a galope, mostrando enorme satisfação através de vocalizações e do bater palmas.

No domínio dos padrões de postura, o FC apresentou uma melhoria, visto que, o seu tronco passou a realizar um ângulo de 90º com o cavalo, verificando-se assim a postura ideal no decorrer da terapia.

No equilíbrio, verificou-se uma evolução no FM que melhorou a sua performance no movimento em linha reta.

Nos padrões de movimento, especificamente na coordenação motora global da atividade, o FM e a MM melhoraram o seu desempenho. A MM melhorou a sua coordenação motora global nos 4 itens avaliados. Quanto à realização de movimentos bilaterais (envolvem a utilização de ambos os lados do corpo em simultâneo como é o caso de realização o “helicóptero”) e unilaterais (envolvem o uso apenas de um lado do corpo como colocar a bola no cesto com uma mão) observou-se uma evolução na EL, que na avaliação inicial manifestava receio em executar tarefas que implicassem este tipo de movimentos. O FC também evoluiu na realização de movimentos unilaterais cruzando a linha média com movimento do tronco (ex: colocar argolas em rolo de esponja com o cavalo em andamento). Relativamente ao planeamento motor observou-se uma evolução na execução do movimento, visto que, o FC na avaliação inicial

recusava a realização de algumas tarefas, e na avaliação final passou a executar as tarefas apenas com reforço verbal.

No que concerne ao desempenho cognitivo, especificamente nas sequências o FC e o AJ obtiveram ganhos neste domínio, passando do apoio físico para o verbal.

Quanto ao equipamento utilizado observaram-me melhorias na performance do FC, EL, FM e MM, passando da não realização de tarefas com uma argola para a sua concretização.

7.1.4. Grelha de Observação – Natação pura, natação adaptada e hidroterapia

Na tabela 10 constam os dados obtidos na avaliação inicial e final no Tanque da Instituição com um grupo constituído por 7 elementos.

Tabela 10 - Resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação - Natação pura natação adaptada e hidroterapia

COMPETÊNCIAS / TAREFAS	JP I/F	FM I/F	JM I/F	H.A I/F	LF I/F	ES I/F	IF I/F
1. APRESENTAÇÃO PESSOAL							
Demonstra cuidado com a sua higiene pessoal	3 / 3	NA	2 / 2	3 / 3	1 / 1	3 / 3	2 / 2
Apresenta vestuário limpo e adequado ao contexto	3 / 3	NA	3 / 3	3 / 3	2 / 2	3 / 3	3 / 3
2. ASSIDUIDADE / PONTUALIDADE							
2.1. Assiduidade	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	0 / 0	2 / 3 +
2.2. Pontualidade	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	2 / 2
3. HIGIENE							
3.1. Toma duche antes e depois da prática da atividade	3 / 3	0 / 0	2 / 2	2 / 2	1 / 1	3 / 3	2 / 2
4. ATENÇÃO/MOTIVAÇÃO							
4.1 Facilmente motivado	3 / 3	3 / 3	1 / 2	2 / 2	2 / 2	3 / 3	2 / 2
4.2 Mantém-se concentrado na atividade	3 / 3	2 / 2	1 / 2 +	2 / 2	2 / 2	3 / 3	2 / 2
5. COMPETÊNCIAS SOCIAIS							
5.1 Cooperar com os outros	3 / 3	3 / 3	2 / 2	2 / 3 +	0 / 2	3 / 3	3 / 3
5.2 Interage com os outros	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	0 / 2	3 / 3	3 / 3
5.3 Participa em atividades de grupo	3 / 3	1 / 1	3 / 3	3 / 3	0 / 1 +	3 / 3	2 / 2
5.4 Cumpre com as regras instituídas pelos responsáveis da atividade	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
5.5 Manifesta comportamentos que ponham em causa a sua integridade física e a dos outros participantes (correr no recinto, empurrar ou puxar os outros, sair da atividade sem autorização, danificar o material)	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6. ENTRADA NA ÁGUA							
6.1. Não entra na água	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.2. Desce pelas escadas	3 / 3	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
6.3. Sentado no bordo da piscina	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.3.1. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega curta)	0 / 0	0 / 0	3 / 3	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.3.2. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega média)	0 / 0	3 / 3	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.3.3. Sentado no bordo da piscina entra com ajuda (pega longa)	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.3.4. Sentado no bordo da piscina entra sem ajuda	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	3 / 3
6.4. Entra em pé no bordo da piscina	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.4.1. Entra em pé no bordo da piscina salta de pés	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
6.4.2. Entra em pé no bordo da piscina e mergulha de cabeça	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
7. IMERSÃO							
7.1. Não imerge	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
7.2. Molha a boca	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
7.3. Molha a cara	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
7.3.1. Molha a cara a pedido com ajuda	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3

7.3.2. Molha a cara a pedido sem ajuda	3 / 3	0 / 1 +	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
7.3.3. Molha a cara espontaneamente	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 2 +	0 / 0	3 / 3	3 / 3
7.3.4. Mergulha a cara a pedido com ajuda	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	0 / 0	3 / 3	3 / 3
7.3.5. Mergulha a cara a pedido sem ajuda	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 2 +	0 / 0	3 / 3	3 / 3
7.3.6. Mergulha a cara espontaneamente	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 2 +	0 / 0	3 / 3	3 / 3
7.4. Imerge	3 / 3	1 / 2 +	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
7.4.1. Imerge a pedido e com ajuda	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
7.4.2. Imerge a pedido e sem ajuda	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 2	0 / 0	3 / 3	0 / 0
7.4.3. Imerge a pedido espontaneamente	3 / 3	0 / 0	0 / 0	3 / 3	0 / 0	3 / 3	0 / 0
7.5. Toca no fundo	3 / 3	0 / 0	0 / 1 +	0 / 1 +	3 / 3	3 / 3	3 / 3
7.6. Desloca-se debaixo de água	3 / 3	0 / 0	0 / 1 +	3 / 3	0 / 1 +	3 / 3	1 / 2 +
7.7. Apanha objetos debaixo de água	3 / 3	0 / 0	0 / 1 +	0 / 2 +	3 / 3	3 / 3	3 / 3
8.RESPIRAÇÃO							
8.1. Sopra	3 / 3	0 / 0	2 / 2	3 / 3	2 / 2	3 / 3	3 / 3
8.2. Sopra com a boca acima da água	3 / 3	0 / 0	2 / 2	3 / 3	2 / 2	3 / 3	3 / 3
8.3. Sopra com a boca ao nível da água	3 / 3	0 / 0	3 / 3	3 / 3	0 / 0	3 / 3	3 / 3
8.4. Enche a boca de água	3 / 3	0 / 0	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
8.5. Não enche a boca de água	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
8.6. Enche a boca de água e expulsa-a	3 / 3	0 / 0	0 / 2	3 / 3	0 / 0	3 / 3	3 / 3
8.7. Expiração debaixo de água	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	1 / 1
8.7.1. Não faz expiração (apneia)	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
8.7.2. Faz expiração bucal com a face imersa	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 2 +	3 / 3	3 / 3	3 / 3
8.7.3. Faz expiração nasal com a face imersa	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 2 +	3 / 3	3 / 3
8.7.4. Faz expiração nasal e bucal com a face imersa	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	3 / 3
8.8 Faz respiração ritmada, de acordo com o movimento propulsivo	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 2	0 / 0
9. EQUILÍBRIO							
9.1. Não se equilibra	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
9.2. Anda na água	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.2.1. Anda na água com apoio	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.2.2. Anda na água sem apoio	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.3. Salta na água	3 / 3	3 / 3	2 / 2	2 / 2	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.3.1. Salta na água com apoio	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.3.2. Salta na água sem apoio	3 / 3	0 / 0	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.5. Flutua em decúbito dorsal	3 / 3	1 / 1	1 / 1	1 / 2 +	0 / 0	3 / 3	1 / 3 +
9.5.1. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega curta)	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.5.2. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega média)	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.5.3. Flutua em decúbito dorsal com apoio (pega longa)	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.5.4. Flutua em decúbito dorsal com apoio de flutuadores	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.5.5. Flutua em decúbito dorsal sem apoio	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 3 +	0 / 0	3 / 3	1 / 3 +
9.6. Flutua em decúbito ventral	3 / 3	1 / 1	0 / 1	1 / 1	1 / 1	3 / 3	1 / 2 +
9.6.1. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega curta)	3 / 3	1 / 1	1 / 1	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.6.2. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega média)	3 / 3	1 / 1	1 / 1	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.6.3. Flutua em decúbito ventral com apoio (pega longa)	3 / 3	1 / 1	1 / 1	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
9.6.4. Flutua em decúbito ventral com apoio de flutuadores	0 / 0	NA	0 / 1 +	3 / 3	1 / 1	3 / 3	3 / 3
9.6.5. Flutua em decúbito ventral sem apoio	NA	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	3 / 3	3 / 3
9.7. Enrolamentos na água	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9.7.1. Enrolamento horizontal com ajuda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9.7.2. Enrolamento horizontal sem ajuda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9.7.3. Enrolamento vertical atrás com ajuda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

9.7.4. Enrolamento vertical atrás sem ajuda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9.7.5. Enrolamento vertical frente com ajuda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
9.7.6. Enrolamento vertical frente sem ajuda	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10. DESLOCAMENTO- horizontal, vertical, com propulsão membros sup e inf							
10.1. Não se desloca	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2. Desloca-se com auxílio do técnico, em cadeira	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2.1. Desloca-se com auxílio do técnico (colo)	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2.2. Desloca-se na horizontal com auxílio do técnico (apoio costas, mãos, nuca)	0 / 0	3 / 3	1 / 1	1 / 0	3 / 3	0 / 0	1 / 0 +
10.2.3 Desloca-se sozinho com apoio verbal	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	0 / 0	0 / 0
10.2.4 Desloca se sozinho na distância do Tanque (20m)	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
10.2.5. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega curta)	0 / 0	0 / 0	3 / 0 +	3 / 3	0 / 1 +	0 / 0	0 / 0
10.2.6. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega média)	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	0 / 2 +	3 / 3	3 / 3
10.2.7. Desloca-se com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega longa)	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2.8. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega curta)	0 / 0	0 / 0	0 / 1 +	3 / 3	0 / 1 +	0 / 0	0 / 0
10.2.9. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega média)	0 / 0	3 / 3	0 / 1 +	0 / 1	0 / 2 +	3 / 3	3 / 3
10.2.10. Desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega longa)	0 / 0	3 / 3	0 / 1 +	0 / 1 +	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2.11 Desloca-se com o auxílio de objetos, em decúbito dorsal (rolo)	3 / 3	1 / 1	1 / 1	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
10.2.12 Desloca-se com o auxílio de objetos, em decúbito dorsal (braçadeiras)	0 / 0	1 / 1	1 / 1	2 / 0 +	3 / 0 +	0 / 0	3 / 0 +
10.2.13 Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas (movimento de bicicleta)	3 / 3	0 / 0	1 / 1	1 / 1	2 / 2	2 / 2	2 / 2
10.2.14 Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas (estilo bruços)	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	2 / 2	0 / 0
10.2.15 Desloca-se em decúbito dorsal com batimento de pernas com alternância (estilo crawl)	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	1 / 1	0 / 0
10.2.16. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas (movimento de bicicleta)	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2.17. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas (movimento de bicicleta)	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
10.2.18. Desloca-se em decúbito ventral com batimento de pernas com alternância	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
11. SAÍDA DA ÁGUA							
11.1. Sai pelas escadas	3 / 3	1 / 1	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
11.2. Sai pelo bordo da piscina com ajuda	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
11.3. Sai pelo bordo da piscina sem ajuda	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
11.4. Sai pela cadeira elevatória	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
12. EXPLORAÇÃO DO ESPAÇO E DE MATERIAIS							
12.1. Utiliza um espaço restrito	0 / 0	0 / 0	3 / 3	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0
12.2. Utiliza um espaço restrito, não utilizando os materiais disponíveis	0 / 0	0 / 0	3 / 3	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0

12.3. Utiliza um espaço restrito, utilizando os materiais disponíveis	0 / 0	0 / 0	3 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
12.4. Utiliza um espaço restrito participando nas atividades propostas	0 / 0	0 / 0	3 / 3	0 / 0	1 / 1	0 / 0	0 / 0
12.5. Utiliza um espaço restrito cooperando com os pares	0 / 0	0 / 0	0 / 3	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
12.6. Utiliza todo o espaço	3 / 3	3 / 3	0 / 1	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3
12.7. Utiliza todo o espaço não utilizando os materiais disponíveis	0 / 0	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	0 / 0	0 / 0
12.8. Utiliza todo o espaço utilizando os materiais disponíveis	3 / 3	0 / 0	1 / 1	1 / 2 +	0 / 1 +	3 / 3	3 / 3
12.9. Utiliza todo o espaço participando nas atividades propostas	3 / 3	1 / 1	1 / 1	1 / 2 +	1 / 1	3 / 3	3 / 3
13. INTERAÇÃO SOCIAL E COOPERAÇÃO COM OS PARES							
13.1. Distingue bem o responsável dos restantes participantes	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
13.2. Expressa satisfação quando se encontra próximo do responsável	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
13.3. Partilha os materiais e envolve-se em atividades com os colegas	3 / 3	0 / 0	2 / 2	3 / 3	0 / 0	3 / 3	3 / 3
13.4 Utiliza todo o espaço cooperando com os pares	3 / 3	0 / 0	1 / 1	3 / 3	2 / 2	3 / 3	3 / 3
13.4. Não chora quando é afastado do responsável	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.5. Demonstra independência afetiva do responsável	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.6. Não recusa a maioria das tarefas propostas	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3	3 / 3
13.7. Jogo Solitário	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.8. Jogo Paralelo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.9. Jogo em Díade	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.10. Jogo de Grupo*	3 / 3	0 / 0	2 / 2	2 / 2	1 / 1	3 / 3	3 / 3
13.11. Jogo de Regras*	3 / 3	0 / 0	2 / 2	2 / 2	1 / 1	3 / 3	3 / 3
13.12. Jogo de Competição*	3 / 3	0 / 0	2 / 2	2 / 2	1 / 1	3 / 3	3 / 3
13.13. Jogo de Cooperação *	3 / 3	0 / 0	2 / 2	2 / 2	1 / 1	3 / 3	3 / 3
13.14. Jogo exploratório / manipulativo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.15. Jogo relacional	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.16. Jogo funcional / construtivo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
13.17. Jogo simbólico	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legenda: S (Realiza), X (Não realiza), Não Aplicável (NA). Nota: a Estagiária acrescentou duas variantes: CAF (com ajuda física) ou CAV (com ajuda verbal).

Numa primeira análise, podemos verificar que na sua maioria houve uma manutenção das competências adquiridas, nos diferentes itens avaliados, observando-se pontualmente algumas evoluções.

Assim, fazendo uma análise descritiva de cada item, podemos verificar que no primeiro conjunto de tarefas relacionadas com a apresentação pessoal, seis dos sete clientes (JP, JM, HÁ, LF, ES e IF) demonstram cuidado com a sua higiene pessoal, um vestuário limpo e adequado ao contexto. O caso que não apresenta estes comportamentos autónomos tem uma dependência dos cuidadores que apoiam o cliente na sua higiene e vestuário. Relativamente à assiduidade e pontualidade, no geral todos os clientes são assíduos, excetuando E.S. Este cliente tende a recusar as idas à piscina, justificando-se com o frio. Este comportamento ao longo do tempo foi-se acentuando. Relativamente à Higiene, todos os clientes, tomam duche antes e após a atividade, sendo que o JP e ES tomam sozinhos, JM, HA e IF, necessitam de apoio verbal e LF necessita de apoio físico para concretizar a tarefa. Por fim um cliente, FM, por ser dependente de terceiros, toma banho no LAR da instituição, por ter sido considerada a opção mais viável face ao número de cuidadores na piscina. Podemos verificar, que cotações desempenho se manteve similar entre o momento de avaliação inicial e avaliação final. Excetua-se IF, que no que respeita a assiduidade, passou a frequentar semanalmente a sessão no meio aquático, algo que não se verificava no início da atividade, pois recusava a ida à mesma.

No que diz respeito à atenção/motivação, os clientes na sua maioria, apresentam-se motivados e mantêm-se concentrados nas atividades propostas, sendo

que três dos casos (JP, FM e ES) mantinham-se maioritariamente motivados e concertados durante as tarefas. Por sua vez, JM, a HA, o LF e a IF, necessitam de apoio verbal para se manterem focados durante as atividades. Novamente, podemos verificar que o desempenho se manteve similar entre a avaliação inicial e a avaliação final, exceto o JM, que passou a manter-se mais concentrado durante as tarefas, mantendo-se mais tempo nas mesmas. No entanto, este cliente continua a necessitar de apoio verbal para não desistir ou se afastar dos colegas.

Relativamente às competências sociais, todos os clientes cooperam com os colegas, sendo que apenas LF não coopera nem interage com os colegas espontaneamente, necessitando de apoio verbal dos técnicos para o fazer. Quanto à participação nas atividades de grupo, FM e LF necessitavam ao longo da intervenção apoio físico para se manterem nas mesmas, pois tendem a isolar-se ou a interagir apenas com os técnicos. Os restantes elementos (JP, JM, HÁ, ES e IF), cooperam e interagem espontaneamente com o grupo, e apenas o JM necessita de apoio verbal para interagir e cooperar com os pares). Por sua vez, o cliente JP ocasionalmente, desafia os técnicos, através da utilização de expressões verbais inapropriadas (chamar nomes), no entanto, quando chamado à atenção esse comportamento deixa de existir. Neste tópico importa salientar que se verificou uma evolução na HÁ, que passou a cooperar de forma autónoma com os colegas, e o LF na avaliação inicial não participava em atividades de grupo e na avaliação final passou a integrar as mesmas, com apoio físico. Nenhum dos clientes manifestou comportamentos que colocassem em risco a sua integridade física e a dos restantes colegas, em ambos os momentos de avaliação.

No que concerne à entrada na água, todos os clientes entram na água, descendo pelas escadas, exceto o cliente FM que entra pelo bordo da piscina com apoio físico do técnico. O cliente JP apresenta capacidades para mergulhar de cabeça ou entrar de pé na piscina, no entanto, a mesma não tem a altura devida para esse efeito, pelo que assim entra pelas escadas como os restantes elementos do grupo. Na avaliação inicial todos os clientes demonstravam ser capazes de entrar pelas escadas, situação que se manteve até à avaliação final.

Na Imersão, podemos observar que todos os clientes imergem, sendo que três clientes JP, HÁ E ES imergem espontaneamente, sem qualquer apoio. Os clientes JP, LF, ES e IF tocam no fundo (na atividade de apanhar as argolas ao longo da piscina) sem apoio físico ou verbal. O FM por sua vez, apresenta um menor desempenho nesta tarefa, visto que, desde a avaliação inicial à avaliação final, não adquiriu algumas competências, isto deve-se à sua condição médica e às características do seu diagnóstico.

Quanto à respiração, todos os clientes expiram à superfície da água exceto FM, que quando lhe é pedido que execute a tarefa, bebe a água. Relativamente, aos restantes subtópicos da Respiração verifica-se quer na avaliação inicial, quer na avaliação final que a maioria das competências não estão adquiridas. Tal pode ser explicado pelas dificuldades motoras e cognitivas dos elementos.

No equilíbrio, todos os clientes deslocam-se na água com ou sem apoio. Igualmente todos são capazes de saltar na água, exceto FM e JM, que não executam a tarefa. Todos os clientes exceto o LF flutuam em decúbito dorsal, no entanto, a maioria necessita de apoio físico, verbal ou de flutuadores, para a realização da tarefa. No que concerne à flutuação em decúbito ventral, esta parece ser uma tarefa mais complexa para os clientes, do que flutuar em decúbito dorsal. Apenas dois dos casos (JP e ES) executam a tarefa sem apoio físico ou verbal, sendo que os restantes elementos necessitam de apoio físico para executar a tarefa. De referir que, a IF obteve uma evolução da avaliação inicial para a avaliação final neste domínio, passando a realizar a tarefa com apoio verbal. Outro ponto a salientar neste domínio, é que o cliente JM desde a avaliação inicial à avaliação final recusava a utilização dos flutuadores e quando permitia a colocação dos mesmos, o seu tempo de utilização era muito inferior ao que seria exetável para que houvesse uma aprendizagem da tarefa. Consultando a Grelha, podemos observar que a cotação obtida na avaliação inicial é semelhante à avaliação

final na maioria dos casos, sendo de referir evoluções na HÁ e na IF, na tarefa de flutuar em decúbito dorsal, pois passaram a realizar a tarefa sem apoio físico e verbal. Quanto à tarefa de flutuar em decúbito ventral com apoio de flutuadores, O JP não tem uma cotação de zero, visto que, não necessita deste tipo de apoio para flutuar em decúbito ventral. O FM, não executa a tarefa, visto que, engole a água quando se encontra nesta posição. O JM, na avaliação inicial não realizava a tarefa, no entanto, após o período de intervenção, passou a executá-la com apoio físico do técnico, através do apoio nas costas e nuca, situação semelhante à do cliente LF. Os restantes elementos (HA, ES e IF) executam a tarefa sem qualquer apoio, desde a avaliação inicial até à final.

Relativamente aos enrolamentos na água, a tarefa foi cotada como não aplicável, visto que não foi avaliada durante o processo de intervenção.

No que diz respeito aos deslocamentos, todos os elementos deslocam-se no meio aquático, quer na avaliação inicial quer na avaliação final. O FM desloca-se com auxílio do técnico, em cadeira. Os restantes elementos (JP, JM, HA, LF, ES e IF) não realizam a tarefa. Quanto ao deslocamento na horizontal com auxílio do técnico (com apoio nas costas, mãos ou nuca), FM necessita de apoio físico do técnico, quer na avaliação inicial, quer na avaliação final. O JM e o LF por sua vez também necessitam de apoio físico, no entanto, ao longo da intervenção verificou-se um aumento da independência face ao apoio do técnico. A IF e a HA na avaliação inicial necessitavam de apoio físico na zona da nuca para se deslocarem horizontalmente, no entanto, na avaliação final ambas já executavam a tarefa sem apoio. Os restantes elementos, JP e ES não realizaram esta atividade, visto que, não necessitam de apoio do técnico para se deslocarem na horizontal nos dois momentos de avaliação, apresentando condições para efetuarem o percurso sozinhos. Relativamente, aos deslocamentos do cliente de forma independente com apoio verbal, verifica-se que quatro elementos do grupo (FM, JM, HA e LF) necessitam de apoio verbal para realizar a tarefa, algo que se verificou na avaliação inicial e na avaliação final. Os restantes elementos (JP, ES e IF), não necessitam de apoio verbal para esta tarefa. Nesta tarefa que implica a deslocação independente ao longo do tanque, verificou-se que todos os clientes conseguem realizar a tarefa sem qualquer apoio, na avaliação inicial e na avaliação final, sendo que o cliente FM necessita de supervisão constante, por vezes ter crises epiléticas. No que concerne ao deslocamento com auxílio do técnico, em decúbito dorsal (pega curta), quatro dos elementos do grupo (JP, FM, ES e IF) tem uma cotação de Não Realiza nos dois momentos da avaliação, visto que, não necessitam do auxílio do técnico em decúbito dorsal pega curta. O FM especificamente, necessita de um apoio maior que a pega curta. O JM no ao longo da intervenção precisou sempre de apoio do técnico para realizar a tarefa. Outro caso semelhante, foi o da HA, no entanto, na avaliação final já se deslocava em decúbito dorsal sem apoio físico, material ou verbal. O LF por sua vez na avaliação inicial não realizava a tarefa, no entanto, após 3 meses de intervenção, passou a realizá-la com apoio físico. No que diz respeito ao deslocamento com auxílio do técnico em decúbito dorsal, pega média, apenas FM necessita deste apoio para realizar a tarefa, sendo que nos restantes elementos do grupo não se verificou a necessidade deste tipo de apoio quer na avaliação inicial quer na avaliação final. Novamente se verifica, que apenas um dos elementos, FM, realiza nesta tarefa e os restantes não necessitam de pega longa para realizar a tarefa.

No que concerne o deslocamento com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega curta), na avaliação inicial e final o JP, o ES e a IF, não necessitaram de apoio técnico para realizar esta tarefa. O FM por sua vez, tem atribuída uma cotação de Não Realiza, visto que, necessita de um apoio maior para esta atividade. O JM na avaliação inicial não realizava a tarefa, no entanto, com a motivação e incentivo dos técnicos, passou a realizá-la com apoio, situação semelhante ao LF. A HA, por sua vez, desloca-se com o auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega curta), situação que se verificou na avaliação inicial e na avaliação final. Quanto ao deslocamento com o auxílio do técnico em decúbito ventral (pega média), o JP teve uma cotação como não realiza, visto que, não necessita no auxílio do técnico para realizar a tarefa. Os restantes

membros (FM, HA, ES e IF) realizam a atividade mantendo-se a capacidade para realizar a tarefa na avaliação inicial e na avaliação final. De referir que o LF, flete os joelhos durante a mesma, pelo que necessita de feedbacks constantes para se manterem decúbito ventral. É ainda importante salientar que LF e JM. No início da intervenção recusava a tarefa, situação que se modificou ao longo da intervenção. No que diz respeito ao Deslocamento com auxílio do técnico, em decúbito ventral (pega longa), podemos verificar novamente que o JP não a realiza, visto que, não necessita deste apoio para realizar a atividade, situação semelhante à do LF, ES e IF. O JM e a HA, que na avaliação inicial não realizavam a tarefa, evidenciando medo através de tremores corporais e de verbalizações. No entanto, no fim da intervenção, ambos já realizavam a tarefa com apoio físico.

Relativamente ao deslocamento com o auxílio de objetos em decúbito dorsal (rolo de esponja), podemos observar que é uma tarefa realizada na avaliação inicial e na avaliação final pelo JP, HA, LF, ES, IF. O FM e o JM, também realizam a tarefa com apoio físico, sendo de salientar que o JM tendeu a recusar a utilização de objetos durante toda a intervenção, pelo que os técnicos necessitavam de dar apoio físico e verbal constante durante as tarefas que envolvessem a utilização de rolos de esponja, braçadeiras, arcos e bolas). Quanto ao deslocamento com o auxílio de objetos, em decúbito dorsal (braçadeiras), o JP e o ES não necessitam das braçadeiras para realizar as tarefas, contrariamente aos restantes elementos (FM, JM, HA, LF e IF). O FM e o JM, além das braçadeiras também necessitavam de apoio físico na zona da nuca para executar a atividade. A HA e a IF, na avaliação inicial necessitavam das braçadeiras, no entanto, na avaliação final já não necessitavam das mesmas. No que concerne ao deslocamento em decúbito dorsal com batimento de pernas (movimento de bicicleta), o JP realiza a tarefa sem qualquer tipo de apoio. O cliente FM não executa esta tarefa. O JM e a HA, necessitam de apoio físico e de demonstração durante a tarefa para a realizar com eficácia, algo que se verificou na avaliação inicial e que se manteve na avaliação final. O LF, o ES e IF, necessitam de demonstração e apoio verbal em ambos os momentos de avaliação. Quanto ao deslocamento em decúbito dorsal com batimento de pernas com alternância (estilo bruços), apenas dois elementos do grupo (JP e ES) realizam a tarefa, na avaliação inicial e na avaliação final. OJP realiza-a necessitando apoio ao nível da demonstração e o ES de apoio verbal. Os restantes elementos (FM, JM, HA, LF e IF) não realizaram a tarefa na avaliação inicial e na avaliação final por se considerar que não tinham as competências menos complexas anteriormente referidas. No que diz respeito o deslocamento em decúbito ventral com batimento de pernas (movimento de bicicleta), e o deslocamento em decúbito ventral com batimento de pernas com alternância, verifica-se que o JP realizou a tarefa nos dois momentos de avaliação. Os restantes elementos FM, JM, HA, LF, ES e IF não realizaram a tarefa, novamente, devido ao facto de ainda não terem adquirido as competências anteriores.

Relativamente à saída da água, todos os elementos do grupo (JP, FM, JM, HA, LF, ES e IF) saem pelas escadas, sendo que o FM necessita de apoio físico para realizar a tarefa. No que diz respeito à saída pelo bordo da piscina com ajuda, todos os membros realizam esta tarefa na avaliação inicial e na avaliação final, contrariamente à saída pelo bordo da piscina sem ajuda, em que nenhum dos clientes a executa. Quanto à saída da água através da cadeira elevatória, nenhum dos elementos necessita deste tipo de apoio.

No que concerne à exploração do espaço e de materiais, dois dos elementos (JM e LF) utilizam um espaço restrito, principalmente durante as atividades em grupo como os jogos de regras ou de cooperação tendem a dirigir-se para próximo das escadas, sendo necessária a intervenção dos técnicos para retornem às atividades propostas. Relativamente à utilização de um espaço restrito, não utilizando os materiais disponíveis, verifica-se novamente que os mesmos elementos (JM e LF), por vezes tendem a recusar a utilização de alguns materiais especificamente arcos e os colchões no momento do retorno à calma. Este comportamento de recusa foi diminuindo de intensidade ao longo da intervenção, no entanto, não deixou de ocorrer. Quanto à

utilização de um espaço restrito, utilizando os materiais disponíveis, este comportamento verificou-se apenas no JM, que novamente importa salientar que ao longo da intervenção a recusa da utilização de alguns materiais diminuiu. Relativamente à utilização de um espaço restrito participando nas atividades propostas, apenas o JM e o LF manifestam este comportamento, sendo que o LF se obtiver apoio físico acaba por utilizar todo o espaço disponível, contrariamente ao JM, que ainda com apoio tende a utilizar o espaço próximo da borda da piscina isolando-se assim dos colegas. Este comportamento foi diminuindo com o decorrer das sessões, no entanto não deixou de ocorrer na sua totalidade. No que diz respeito à Utilização de um espaço restrito cooperando com os pares, o JP, FM, HA, ES e IF, não utilizam um espaço restrito. O JM utiliza um espaço restrito (na avaliação inicial e na avaliação final), sendo que na inicial não cooperava com os colegas sem apoio físico, no entanto, na avaliação final já o fazia espontaneamente. O LF por sua vez, apesar de utilizar um espaço restrito não coopera com os pares, isolando-se junto à borda da piscina. No que concerne à utilização de todo o espaço, todos os elementos utilizam todo o espaço na avaliação inicial e na avaliação final, exceto o JM, que inicialmente se mantinha próximo às escadas ou à borda da piscina, no entanto, com o decorrer da intervenção com o apoio físico dos técnicos passou a utilizar todo o espaço, ainda que com algumas resistências em algumas sessões. No que diz respeito à utilização de todo o espaço não utilizando os materiais disponíveis, verifica-se que quatro dos elementos (FM, JM, HA e LF) não realizam esta tarefa, visto que, em algumas atividades recusavam ou resistiam à utilização de alguns materiais (na avaliação inicial, durante a intervenção e na avaliação final. Quanto à utilização de todo o espaço utilizando os materiais disponíveis, o JP, o ES e a IF fazem-no sem qualquer tipo de apoio. O FM não realiza a tarefa e o JM, a HA e o LF realizam a tarefa com apoio físico, verificando-se aqui uma evolução da avaliação inicial para a avaliação final. Por fim, quanto à utilização de todo o espaço participando nas atividades propostas, o JP, o ES e a IF realizam esta atividade sem qualquer apoio (desde a avaliação inicial à avaliação final). O FM, o JM e LF necessitavam de apoio físico para realizar este tipo de tarefa na avaliação inicial e na avaliação final. A HA, na avaliação inicial necessitava de apoio físico na avaliação inicial para manter-se na tarefa, no entanto, na avaliação final verificou-se uma evolução, visto que, apenas já necessitava de um apoio verbal pouco significativo para se manter nas mesmas.

Relativamente à interação social e cooperação com os pares, todos os elementos do grupo distinguem efetivamente o responsável dos restantes participantes nos dois momentos de avaliação, assim como todos expressam satisfação quando se encontram próximos dos responsáveis. Quanto à partilha de materiais e envolvimento em atividades com os colegas, quatro dos elementos (JP, HA, ES e IF) as realizam sem qualquer hesitação ou apoio. O FM e o LF não realizam a tarefa, sendo que o LF tende a isolar-se. No que diz respeito à Utilização de todo o espaço cooperando com os pares o JP, a HA, o ES e a IF utilizam todo o espaço e cooperam com os pares, comportamento observado na avaliação inicial e na avaliação final. O FM não manifesta este comportamento. O JM necessita de apoio físico para utilizar toda a piscina, visto que tende a manter-se num local específico. O LF por sua vez necessita de apoio verbal para cooperar com os restantes elementos do grupo, situação que manteve do início ao fim da intervenção. Relativamente aos tópicos Não chora quando é afastado do responsável e demonstra independência afetiva do responsável, a estagiária cotou como Não Aplicável, pois esta Grelha de Observação é utilizada para todas as valências da CERCIOEIRAS, e para tal este tópico seria mais adaptado para idades mais precoces. No que concerne ao item não recusa a maioria das tarefas propostas, verificou-se na avaliação inicial e na avaliação final que os clientes não se opõem à realização da maior parte das atividades. No que diz respeito ao Jogo Solitário, Jogo Paralelo e Jogo em Díade, Jogo Exploratório/Manipulativo, Jogo Relacional, Jogo Funcional/construtivo e Jogo Simbólico, foi cotado como Não Aplicável, visto não terem sido tarefas realizadas durante as sessões.

Quanto ao jogo de grupo, jogo de regras, jogo de competição e jogo de cooperação podemos observar que o JP, o ES e a IF realizam qualquer uma destas atividades sem apoio físico e verbal. O FM não participa neste tipo de atividades, enquanto o JM e HA, necessitam de apoio verbal para participar em atividades de grupo, regras, competição e cooperação. O LF necessita de apoio físico para a concretização das mesmas mantendo-se os comportamentos similares entre a avaliação inicial e a avaliação final.

Através da comparação dos resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final existem vários pontos a considerar. Observando os 13 tópicos, verificamos que nos Domínios da Assiduidade/Pontualidade, Competências Sociais, Imersão, Respiração, Equilíbrio, Deslocamento e Exploração do Espaço e de Materiais, obtiveram-se melhorias em alguns elementos do grupo.

Por outro lado, nos domínios da apresentação pessoal, entrada e saída da água, interação social e cooperação com os pares, os resultados obtidos na avaliação final são semelhantes aos da avaliação inicial.

No que respeita a análise da evolução de cada cliente podemos concluir que na assiduidade/pontualidade a IF passou a frequentar todas as sessões, algo que não se verificou durante os 3 primeiros meses de intervenção. Relativamente à atenção/motivação o JM na avaliação final já se encontrava mais concentrado durante as atividades, necessitando apenas de apoio verbal para a concretização das mesmas.

No que concerne às competências sociais, as melhorias verificaram-se na HA, que passou a cooperar autonomamente com os pares. O LF passou a integrar as atividades de grupo, situação que não se verificou na avaliação inicial.

Quanto à imersão, a HA foi a cliente que mais evoluiu, sendo que inicialmente não realizava tarefas como mergulhar a cara, tocar no fundo da piscina, deslocar-se e apanhar objetos debaixo de água, e ao longo da intervenção passou a realizar as tarefas ainda que com apoio físico dos técnicos. Outro cliente que também obteve ganhos neste domínio, foi o FM, que passou a molhar a cara sem ajuda e passou a imergir com apoio verbal, deixando de requerer de apoio físico do técnico. O JM também obteve evoluções neste domínio, visto que, na avaliação inicial não tocava no fundo, não se deslocava nem apanhava objetos debaixo de água e com o decorrer da intervenção passou a realizar estas tarefas com apoio físico. De assinalar também que, o LF na avaliação inicial não se deslocava debaixo de água e no fim de intervenção, tal já se verificava com apoio físico. A IF no fim da intervenção também passou a deslocar-se debaixo de água com apoio verbal, contrariamente à avaliação inicial, em que se deslocava com apoio físico.

No que diz respeito à respiração verificaram-se evoluções na HA e no LF. A HA no início da intervenção não fazia a expiração bucal com a face imersa e passou a fazê-lo com apoio verbal. O LF por sua vez, não realizava expiração nasal com a face imersa e passou a fazê-lo com apoio verbal do técnico.

No domínio do equilíbrio os clientes que evoluíram foram o JM, HA e IF, sendo mais visível esta evolução na IF.

Relativamente às tarefas de deslocamento, o LF obteve evoluções consideráveis, visto que, recusava a realização de algumas tarefas, essencialmente, em decúbito dorsal e passou a fazê-lo com apenas apoio verbal. O JM e a HA também evoluíram nas tarefas em decúbito dorsal, e a IF deixou de requerer o apoio físico do técnico para deslocar-se na horizontal, situação igualmente observada na tarefa de deslocar-se com o auxílio de objetos, em decúbito dorsal (braçadeiras).

No que concerne à exploração do espaço e de materiais, verificaram-se evoluções na HA e no LF. A HA passou a utilizar todo o espaço utilizando os materiais disponíveis e participando nas atividades propostas, com apoio verbal, sendo que, na avaliação inicial necessitava de apoio físico. O LF inicialmente não utilizava todo o espaço com os materiais disponíveis e passou a realizar a tarefa com apoio físico.

Assim, observando todas tarefas, podemos concluir que a cliente que obteve um maior número de ganhos com a intervenção em Meio Aquático foi a HA, seguindo-se o JM, LF, IF e FM. O JP e o ES mantiveram o desempenho nos dois momentos de avaliação.

Em suma, verifica-se que a intervenção em Meio Aquático permitiu a aquisição de algumas competências, e a manutenção de outras, pelo que esta atividade se revelou importante para os ganhos na autonomia e bem-estar dos clientes.

7.1.5. Grelha de Observação – Snoezelen

As tabelas 11 e 12 são relativas aos dados obtidos na avaliação inicial e final no espaço Snoezelen na CERCIOEIRAS, com dois grupos constituídos por 8 e 7 elementos respetivamente.

Tabela 11 - Resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação – Snoezelen grupo 1

Caso Momento avaliação Material/equipamento	FM	FR	DA	MM	BM	MF	AT	ML
	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F
Sofá de estrutura rígida	1 / 1 – S	NA	NA	NA	1 / 1	1 / 1 – S	0 / 0 - N	1 / 1 – S
Colchão de água	1 / 1 – S	NA	NA	1 / 1 – S	1 / 1	0 / 0 - N	0 / 0 – N	0 / 1 – S
Almofada vibratória	0 / 0 – S	NA	NA	1 / 1 – S	1 / 1	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N
Tapete sensorial	0 / 0 – N	NA	NA	NA	0 / 0 – N	1 / 1 – S	1 / 1 – S	0 / 0 – N
Puff	1 / 1 – S	NA	NA	NA	1 / 1 – S	1 / 1 – N	0 / 0 – N	1 / 1 – S
Tubo de Água (bolhas coloridas)	0 / 1 – N	NA	NA	NA	1 / 1 – S	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N
Tubo de Água (bolas com switch para mudança de cores)	0 / 1 – N	NA	NA	NA	1 / 1 – S	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N
Música	0 / 0 - N	1 / 1 – S	1 / 1 – S	1 / 1 – S	0 / 0 - S	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 - N
Bola espelhada	0 / 0 – N	NA	NA	NA	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N
Painel de desenho giratório	0 / 0 – N	1 / 1 – S	1 / 1 - S	1 / 1 – S	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 1 – S
Fibras óticas	1 / 1 – S	1 / 1 – S	NA	1 / 1 – S	1 / 1 - S	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N
Painel de essências	1 / 1 – S	1 / 1 – S	NA	NA	0 / 0 - N	0 / 0 – N	0 / 0 – N	0 / 0 – N
Painel luminoso giratório	1 / 1 - S	1 / 1 – S	1 – 1 - N	1 / 1 - S	0 / 0 - N	0 / 0 - N	0 / 0 - N	0 / 1 - S

Legenda: Reage ao estímulo 0 – Não; 1- Sim; NA – Não Aplicável; Gosta do estímulo S – Sim; N – Não; I – Inicial; F – Final

Tabela 12 - Resultados da avaliação inicial e final da Grelha de Observação - Snoezelen grupo 2

Material/equipamento Caso	Reage ao estímulo / Gosta do estímulo						
	FC	VS	FR	FS	DS	RS	MM
Momento avaliação	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F	I/F
Sofá de estrutura rígida	1 / 1 - N	1 / 1 - S	0 / 0 - N	1 / 1 - N	1 / 1 - S	NA	1 / 1 - S
Colchão de água	1 / 1 - S	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	0 / 0 - N	NA	1 / 1 - S
Almofada vibratória	1 / 1 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	0 / 0 - N	0 / 0 - N	NA	1 / 1 - S
Tapete sensorial	1 / 1 - N	0 / 0 - N	0 / 0 - N	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	1 / 1 - N
Puff	1 / 1 - N	1 / 1 - S	0 / 0 - N	0 / 1 - N	0 / 1 - N	NA	1 / 1 - S
Tudo de Água (bolhas coloridas)	NA	1 / 1 - S	1 / 1 - S	0 / 0 - N	1 / 1 - S	NA	1 / 1 - S
Tudo de Água (bolas com switch para mudança de cores)	NA	1 / 1 - S	1 / 1 - S	0 / 0 - N	1 / 1 - S	NA	1 / 1 - S
Música	1 / 1 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	1 / 1 - S	0 / 1 - S	1 / 1 - S	1 / 1 - N
Bola espelhada	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	NA	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - N
Painel de desenho giratório	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	NA	0 / 1 - S	1 / 1 - S	1 / 1 - N
Fibras óticas	1 / 1 - N	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	1 / 1 - S
Painel de essências	0 / 0 - N	0 / 0 - N	0 / 0 - N	0 / 0 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	0 / 1 - N
Painel luminoso giratório	0 / 1 - N	1 / 1 - S	1 / 1 - S	NA	1 / 1 - S	1 / 1 - S	1 / 1 - S

Legenda: Reage ao estímulo 0 – Não; 1- Sim; NA – Não Aplicável; Gosta do estímulo S – Sim; N – Não; I – Inicial; F – Final

Será realizada uma análise qualitativa dos dados obtidos na Avaliação Inicial e na Avaliação Final tendo como base a Grelha de Avaliação Snoezelen utilizada na CERCIOEIRAS. A intervenção neste âmbito foi direcionada a um grupo de 15 clientes do Núcleo Terapêutico e de Bem-Estar. O primeiro grupo era constituído por 8 clientes, à segunda-feira à tarde com uma frequência semanal. O segundo grupo variava de semana para semana, mediante a disponibilidade dos clientes, sendo constituído por 7 clientes igualmente do Núcleo Terapêutico e de Bem-estar.

Deste modo, através da análise da tabela podemos observar que o FM apresenta preferência pelo puff, colchão de água e fibras óticas, reagindo também positivamente ao painel de essências e ao painel luminoso giratório. Quanto aos Tubos de Água (bolhas colorido) e bolas com switch para mudança de cores, apresentava alguma resistência, quando encaminhado pela técnica, mantendo-se num período de curta duração nesses equipamentos (cerca de 2 minutos). Da avaliação inicial para a avaliação final observou-se que o cliente procurava sempre os mesmos estímulos (colchão de água e puff), permanecendo assim nos mesmos equipamentos.

Ao nível comportamental, verificou-se uma maior disponibilidade e satisfação para experimentar mais equipamentos, observando-se sorriso e um tônus muscular relaxado quando explorava os vários equipamentos. De referir ainda que quando o FM gostava bastante do estímulo associado a um determinado equipamento batia palmas. Da avaliação inicial para a avaliação final, verificou-se uma diminuição das estereotipias e dos ruídos vocais no decorrer das sessões neste contexto. Esta alteração comportamental, era igualmente observada na sala em que o mesmo estava inserido após as sessões, sendo este comportamento reportado pelas auxiliares responsáveis pela sala do FM.

O FR, dada a sua mobilidade reduzida por se deslocar em cadeira de rodas sem autonomia, apresentava um comportamento passivo, chegando por vezes a adormecer durante as sessões neste espaço. Normalmente reconhecia a sala quando entrava e por vezes chorava quando não queria explorar um determinado equipamento. Tinha preferência pelo painel de desenho giratório, pelas fibras óticas e pelo painel luminoso giratório. Quando era incentivado a pressionar os botões, apertava a mão da técnica e sorria. Reagia também ao tubo de bolhas colorido, ao tubo de água bolhas com switch para mudança de cores e à música, contudo, com uma menor duração que os primeiros

estímulos referidos. Por vezes a técnica recorria à massagem nas mãos, para interagir com o FR, sendo que, a maioria das vezes brincava com as mãos ou afastava a técnica. Com o decorrer das sessões, o seu comportamento manteve-se semelhante, apesar de se verificar que houve um maior número de estímulos que o FR passou a reagir positivamente.

O DA ficava na sua cadeira de rodas e não demonstrava qualquer preferência, autonomamente, quando entrava na sala. Durante as sessões, reagia a três estímulos, música, painel de desenho giratório e painel luminoso giratório. Também reagia positivamente à massagem e à mobilização articular dos membros superiores, verificando-se uma diminuição do tônus muscular. Em algumas sessões, adormecia a olhar para o painel de desenho giratório, o que poderá indicar uma sensação de bem-estar e de relaxamento. O seu comportamento foi semelhante no decorrer da intervenção.

A MM reagia positivamente quando entrava na sala. Fazia uma expressão de desagrado, quando não queria ir à sessão. As suas preferências, e contextos onde a mesma podia ser colocada eram o colchão de água e as fibras óticas. A música, o painel de desenho giratório e o painel luminoso giratório também eram do agrado da cliente. A sua expressão facial evidenciava prazer e o bem-estar que sentia ao explorar estes equipamentos. Quando a técnica recorria à massagem e à mobilização articular o seu tônus diminuía. Interagia com a técnica e estava sempre atenta aos comportamentos dos colegas. Gostava das sessões em que não haviam ruídos, incluindo as vocalizações dos colegas. As suas preferências e o seu comportamento mantiveram-se da avaliação inicial para a avaliação final. As auxiliares reportavam que a MM voltava da sessão mais sorridente e relaxada.

A BM entrava na sala sozinha e descalçava-se com o apoio físico da técnica. Explorava todo o espaço autonomamente, contudo, tendia a ficar sempre na zona dos tubos de água e ficava muito excitada com o espelho, batendo palmas e movimentando-se energicamente. A cliente apresentava um comportamento totalmente oposto aos colegas, pois verificava-se uma agitação motora através das palmas, do sorriso e de algumas vocalizações quando se encontrava neste espaço. Reagia à maioria dos estímulos, contudo, as suas preferências eram o colchão de água, fibras óticas e tubos de água. Em todas as sessões, nunca procurou sozinha o tapete sensorial. Da avaliação inicial para a avaliação final o seu comportamento manteve-se.

O MF entrava na sala com apoio físico. Não seleccionava o equipamento e não reconhecia a sala. Requeria supervisão constante, pois tentava agredir os colegas, atirava objetos para o chão, tentava abrir constantemente a porta e ligar as luzes. Pontualmente, interagia com a técnica através da bola e mantinha-se apenas durante cerca de 30 segundos no tapete sensorial. De todos os estímulos presentes na sala, reagia ao sofá de estrutura rígida, ao tapete sensorial, ao puff, às fibras óticas, ao painel de essências e ao painel luminoso giratório, porém, não gostava dos estímulos. O seu comportamento manteve-se semelhante entre a avaliação inicial para a avaliação final.

O AT entrava sozinho na sala. Por vezes, descalçava-se sozinho, outras com ajuda verbal da técnica. Deslocava-se sempre para o mesmo espaço (tapete sensorial) e quando era incentivado a ir para outro estímulo, arranhava e ficava agitado emitindo vocalizações e acentuando as estereotipias. O AT evitava sempre o contacto com a técnica e com os colegas. O seu comportamento oscilava de sessão para sessão, sendo que, por vezes os comportamentos se agravavam com o decorrer da sessão e em outras sessões parecia haver uma diminuição das estereotipias e das vocalizações.

A ML entrava na sala com apoio físico, devido às grandes dificuldades que apresenta na marcha. Seleccionava o equipamento com reforço verbal, contudo, apresentava preferência pelo sofá e pelo puff, chegando a adormecer durante as sessões. Mostrava-se satisfeita quando recebia uma massagem nas mãos. Expressava-se através do sorriso e de algumas vocalizações. O seu comportamento e o seu tônus mantinham-se iguais com o decorrer da sessão, sendo que, pontualmente, ficava mais agitada quando a música tinha um ritmo mais forte.

O FC (estudo de caso) entrava na sala sozinho, contudo, por vezes, recusava a ida para o snoezelen. Na avaliação inicial, quando chegava à sala por vezes não queria descalçar-se sozinho, contudo, com o decorrer da intervenção passou a fazê-lo, requerendo pontualmente apoio verbal. O FC procurava sempre os mesmos espaços, os tubos de bolhas de água, com ou sem switch e a interação com a bola, no entanto, verificou-se uma diminuição do seu interesse pela interação com a bola. Apresentava grandes dificuldades ao nível da interação com a estagiária e colegas, pelo que, a bola era um veículo de promoção da uma relação com a técnica. Na avaliação final, foi possível observar um aumento do interesse de estabelecer uma relação com os colegas, através da procura do contacto com a mão com os pares. O interesse pelos espaços referidos na avaliação inicial manteve-se na avaliação final.

2ºGrupo

O FD entrava na sala com apoio físico e era descalçado pela técnica. Não selecionava o equipamento e ficava a deambular pela sala, quando não era incentivado a procurar um contexto. Sorria quando estava no colchão de água e por vezes sorria quando estava em contacto com as fibras óticas. Não interagia com os colegas do grupo. Mantinha uma postura passiva e por vezes parecia querer abandonar a sala. O seu comportamento manteve-se da avaliação inicial para a avaliação final.

O VS dirigia-se e entrava sozinho na sala. Manifestava muito interesse e agrado pelo espaço snoezelen. O VS descalçava-se sozinho e dirigia-se sempre para o puf, o seu espaço preferido na sala. Pedia para baixar as luzes e ficava a olhar para os tubos de água na maioria das sessões. Noutras sessões ficava igualmente no puf, mas pedia para colocar o painel de desenho giratório ao seu alcance e pedia uma massagem nas mãos, à técnica. Interagia sempre com os colegas e com a técnica, expressando-se através do sorriso e gestualmente. Relativamente à adesão a outros estímulos, reage a grande parte deles, exceto ao colchão de água, fibras óticas e painel de essências. O seu comportamento manteve-se desde a avaliação inicial à avaliação final.

O FF entrava no espaço snoezelen, com apoio físico, devido às dificuldades na sua marcha. Aderia sempre ao espaço e reconhecia a sala. Ia sempre para o mesmo espaço, o colchão de água, e posicionava-se mediante o estímulo que queria observar, apresentando preferência pelos tubos de água, pela bolha espelhada e pelas fibras óticas. O FF emitia vocalizações num tom bastante alto, que iam diminuindo com o decorrer da sessão e que posteriormente também diminuía a frequência no contexto sala (reportado pelas auxiliares responsáveis da mesma). O FF não interagia com os colegas e com as técnicas.

A FS entrava na sala com apoio físico, aderiu bem ao espaço e descalçava-se sozinha. Deslocava-se sempre para o colchão de água sem apoio, mantendo-se sempre no mesmo contexto. Evitou o contacto com a técnica e com os colegas, da avaliação inicial à avaliação final. A FS apresentou um interesse muito restrito pelo colchão de água, fibras óticas e pela música.

A DS entrava sozinha na sala, aderiu bem ao espaço e descalçava-se sozinha. Na avaliação inicial, deslocava-se sempre para o mesmo espaço, o tapete sensorial e ficava a deambular pela sala. Os outros estímulos aos quais aderiu espontaneamente eram as fibras óticas e os tubos de água, tendendo sempre a cheirá-los num primeiro contacto. Com orientação verbal das técnicas, explorou o sofá de estrutura rígida e alterou um pouco a sua rotina, mantendo-se pelo menos durante 5 minutos no mesmo. A maior diferença ao nível comportamental que se verificava na DS, era a diminuição das estereotipias e das vocalizações, observável na maioria das sessões. No entanto, importa referir, que quando algum colega apresentava os mesmos comportamentos que a DS, as suas estereotipias acentuavam-se, levando assim a uma maior agitação psicomotora, durante e após a sessão.

A RS entrava na sala com orientação verbal. Por vezes recusava a ida à sessão, através de gestos e vocalizações. Foi sempre muito participativa e interagiu com os colegas e com as técnicas. Ficava na sua cadeira de rodas e ia deambulando pela sala,

procurando os seus estímulos preferidos. O predileto era ficar para as luzes do tapete sensorial, e ficava tão relaxada que por vezes acabava por adormecer. Quando acordava, pedia sempre uma massagem à técnica. Ao nível dos estímulos, gostava muito de música com ritmos fortes, do painel de desenho giratório e o painel luminoso giratório, as fibras óticas e o painel de essências. O seu comportamento manteve-se da avaliação inicial para a avaliação final.

O MM entrava e dirigia-se para a sala autonomamente. Não gostava de se descalçar, contudo, tinha de o fazer pois ia sempre para o tapete sensorial. O seu tónus muscular pontualmente tendia a aumentar. Isolava-se frequentemente dos colegas, contudo, interagia com os técnicos. Outro comportamento igualmente assinalável era o de apontar frequentemente para a porta para sair da sessão. Com o decorrer das sessões, este comportamento foi se acentuando, pelo que, o MM passou a frequentar a sessão, apenas quando manifestava interesse em ir para a mesma. Relativamente, aos espaços preferenciais estes eram o tapete sensorial, massagem, puf, música, bola de espelhos e o painel luminoso giratório.

8. Apresentação dos Estudos de Caso

O presente estudo foi realizado com dois clientes, JP e FC. De referir, que a intervenção foi estruturada de acordo com as principais necessidades de cada caso, seguindo as dinâmicas e objetivos traçados pelos técnicos da Instituição. Deste modo, serão apresentados os dois estudos de caso, bem como, todo o planeamento, intervenção, instrumentos de avaliação e resultados obtidos após a Intervenção Psicomotora.

8.1. Estudo de Caso I – FC

O FC de 23 anos é um rapaz de estatura baixa e magra, de aparência frágil. É dependente de terceiros na execução de AVD's (cuidados de higiene, vestir/despir, ida ao WC e alimentação) não apresentando, contudo, incapacidade física para as realizar. Tem controlo de esfíncteres, no entanto, apresenta dificuldades em deslocar-se sozinho ao WC, autonomamente. Apresenta dificuldades em ver e ouvir e em comer alimentos sólidos. Tem marcha autónoma, requerendo reforço verbal para se orientar espacialmente. Comunica através de vocalizações, gestos e expressões faciais. Revela insegurança e falta de autonomia e dificuldade na interação com os outros clientes e com pessoas que lhe são estranhas. O FC é filho de pais licenciados, ambos professores, vive com eles e com a irmã. A gravidez foi planeada e vigiada, decorrendo sem complicações durante a gestação. Nasceu de parto eutócico, todavia, foi necessária reanimação devido a asfixia, tendo permanecido internado durante duas semanas devido a problemas respiratórios. À nascença foi-lhe diagnosticada Trissomia 21.

Ao nível educacional, com um mês iniciou um programa de estimulação do desenvolvimento. Com 6 meses frequentou um programa de intervenção educativa precoce e aos 11 meses iniciou sessões semanais de fisioterapia, terminando aos 22 meses, por opção dos pais. Aos 2 anos, ingressou num infantário do ensino regular. Com o passar do tempo, observou-se que havia um baixo limiar de atenção, grandes dificuldades de interação com os pares. Frequentou o jardim de infância até aos 6 anos de idade. No processo não consta mais informações no que diz respeito ao seu percurso académico. Aos 19 anos entrou para o CAO. Atualmente participa em atividades ginásio lúdico, snoezelen, equitação terapêutica e hidroterapia, mostrando preferência pela equitação terapêutica. Apresenta frequentemente comportamentos de recusa nos contextos referidos, especialmente quando não é abordado pela pessoa de referência. Demonstra satisfação quando está na atividade da equitação terapêutica através de sorrisos e vocalizações. Os pais mantêm contacto direto com a Instituição, participando nas atividades que envolvem a família.

8.1.1 Plano de Intervenção FC

A tabela 13 apresenta de uma forma breve as áreas fortes e as áreas a desenvolver no FC, após as avaliações iniciais realizadas.

Tabela 13 - Perfil psicomotor áreas fortes e áreas a desenvolver no FC

ECA <u>Áreas fortes:</u> Personalidade; Responsabilidade; Comportamento social; merecedor de confiança	ECA <u>Áreas a desenvolver:</u> Autonomia (AVD's); desenvolvimento físico; Linguagem; número e tempo; atividade doméstica
EIA <u>Áreas fortes:</u> Atividades sociais	EIA <u>Áreas a desenvolver:</u> AVD'S; atividade doméstica; aprendizagens ao longo da vida; atividades de proteção e representação
EPR <u>Áreas fortes:</u> Relações interpessoais; Direitos; Bem-estar emocional, físico e material	EPR <u>Áreas a desenvolver:</u> Desenvolvimento pessoal; autodeterminação; inclusão social
Grelha de Observação – Snoezelen <u>Áreas fortes:</u> Relação com o terapeuta de referência; capacidade de concentração; expressar emoções e necessidades	Grelha de Observação – Snoezelen <u>Áreas a desenvolver:</u> Assiduidade e adesão ao espaço; autonomia; aumentar a exploração de estímulos dentro da sala; interação com os pares
Grelha de Avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica <u>Áreas fortes:</u> montar/appear; andamento do cavalo; grau de flexão da anca e flexão dos joelhos; equilíbrio; coordenação motora global em atividade; realização de movimentos bilaterais e assiduidade.	Grelha de Avaliação Hipoterapia e Equitação Terapêutica <u>Áreas a desenvolver:</u> interação com o cavalo e com os técnicos; padrões de postura (diminuir flexão do pescoço); diminuir inclinação posterior da pélvis; controle oculomotor; planeamento motor; desempenho cognitivo e psicossocial.

8.1.2 Dados da Avaliação inicial e da avaliação final da ECAP

Os dados obtidos na avaliação inicial e final do FC são provenientes dos resultados da ECAP, aplicada em 2014 (inicial) e 2015 (final) pela estagiária. Assim, os resultados obtidos são apresentados na Tabela 14

Tabela 14 - Resultados da avaliação inicial e final da ECAP

Domínios	Número e Itens	Cotação total Inicial	Cotação total Final
Parte 1 – ECAP	Desempenho Funcional: Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária		
I. Autonomia	Alimentação, Utilização da casa de banho, Higiene, Aparência, Cuidados com o Vestuário, Vestir e Despir, Deslocação, outros itens.	38	37
II. Desenvolvimento Físico	Desenvolvimento Sensorial e Desenvolvimento Motor.	28	27
III. Atividade Económica	Manuseamento do Dinheiro, Serviços Bancários, Recursos de Pagamento, Planificação da utilização do dinheiro, recados e compras.	1	0
IV. Desenvolvimento Linguagem	Expressão pré-verbal, Palavras, Frases, Articulação, Expressão, Compreensão Verbal e Desenvolvimento da Linguagem Social.	11	11
V. Número e Tempo	Números, Tempo e Conceito de Tempo.	2	2
VI. Atividade Doméstica	Limpeza, Cozinha e Outros Deveres Domésticos.	3	3
VII. Atividade pré-profissional	Complexidade do Trabalho, Desempenho do Trabalho e Hábitos do Trabalho/Ecolares.	5	5
VIII. Personalidade	Iniciativa e Perseverança.	9	9
IX. Responsabilidade	Objetos Pessoais, Responsabilidade em Geral e Responsabilidade Pessoal.	8	7
X. Socialização	Cooperação, Consideração pelos Outros, Consciência da Existência dos Outros, Interação com os Outros, Participação em Atividades de Grupo, Egoísmo e Maturidade Social.	11	13
Parte 2 - ECAP	Comportamentos Desviantes		
XI. Comportamento Social	Comportamentos pessoais que possam ser abusivos em termos emocionais e físicos	7	7
XII. Conformidade	Comportamentos desajustados face ao cumprir regras sociais e perante a autoridade	4	9
XIII. Merecedor de Confiança	Comportamentos ligados ao roubar, mentir, podendo levar ao isolamento	0	0

XIV.Comportamento Estereotipado Hiperativo	Comportamentos desviantes e que perturbam os outros	5	8
XV.Comportamento Sexual	Comportamentos de natureza sexual	1	1
XVI.Comportamento Auto Abusivo	Comportamentos que causem danos a si próprio ou classificados como bizarros ou contra a norma.	7	7
XVII.Ajustamento Social	Comportamentos como a timidez e passividade excessiva, podendo levar ao desajustamento na Sociedade	13	23
XVIII.Comportamento Interpessoal perturbado	Comportamentos que podem incomodar terceiros ou os mesmos, como sentimentos de perseguição, reações desajustadas a críticas.	4	10

Através da observação da Tabela 15, podemos verificar que o cliente em estudo na avaliação apresenta menor necessidade de apoios nos Domínios da Personalidade, pois apresenta uma boa capacidade para manter-se focado nas tarefas e por participar em atividades de recreação simples como ouvir rádio e ver TV. O Domínio da personalidade também se mostrou uma área forte, pelo facto do FC manter o autocontrolo, por ser pontual e persistente. No Domínio do comportamento social também revelou ser uma área em que requer pouco apoio. Ocasionalmente, belisca os técnicos quando não quer realizar uma tarefa não apresentando comportamentos violentos nem de provocação dos colegas. O FC no Domínio merecedor de confiança, não demonstra desrespeito pelos pertences dos colegas. Ao nível das áreas a desenvolver, especificamente no Domínio da autonomia, o FC apresenta um baixo desempenho, no que respeita a utilização de utensílios de mesa e no beber, requerendo ajuda física para se alimentar. Contudo, importa referir que o cliente apresenta capacidades para executar esta tarefa autonomamente. Quanto à utilização da casa de banho, apesar de ter controlo de esfíncter, necessita de apoio de terceiros para a utilização deste espaço, mas novamente verificam-se capacidades para executar esta tarefa sem apoio. Relativamente ao desenvolvimento físico, o FC apresenta algumas dificuldades em ver e ouvir. No entanto, é capaz de deslocar-se sozinho, requerendo apoio nas orientações espaciais. Outro domínio a desenvolver é o desenvolvimento da linguagem, não cumprimenta os outros de forma adequada, nem exprime os seus desejos e sentimentos. Quando é contrariado afasta as pessoas ou belisca-as. O Domínio número e tempo é igualmente um domínio a ser desenvolvido. O Domínio da atividade doméstica, também deverá ser trabalhado, visto que, executa somente duas tarefas domésticas, colocação de pratos, copos e talheres e tira a mesa, podendo ser apoiado para ser capaz de tratar do seu vestuário e limpar o seu quarto. Através da avaliação final da ECAP no FC pode-se verificar que continuou a apresentar um baixo nível de autonomia, no entanto, observou-se uma evolução no beber, pois passou a realizar esta tarefa sozinho. Nos restantes Domínios, o FC manteve um desempenho semelhante ao da avaliação inicial, tendo mesmo regredido nos domínios conformidade, pois apresentou comportamentos de recusa na ida às sessões de snoezelen e ginásio, bem como no comportamento estereotipado hiperativo, com um aumento de vocalizações que se agravavam quando contrariado. Através da observação dos resultados apresentados, estes domínios devem continuar a ser trabalhados, para posteriormente reduzir comportamentos desajustados e proporcionar uma maior qualidade de vida e funcionalidade ao FC.

8.1.3 Dados da avaliação inicial e final da EIA

Os dados obtidos na avaliação inicial e final do FC são provenientes dos resultados da EIA, aplicada em 2014 (inicial) e 2015 (final) pela estagiária. Assim, os resultados obtidos são apresentados na Tabela 15

Tabela 15 - Resultados da avaliação inicial e final da EIA

Subescalas	Avaliação inicial	Avaliação final
a. Vida em casa	67	63
b. Vida na Comunidade	54	64
c. Aprendizagem ao longo da vida	60	59
d. Profissionais	63	68
e. Saúde e segurança	47	54
f. Social	52	54

Através da análise da tabela 16 podemos verificar que o FC requer um apoio significativo nas seis subescalas da EIA, podendo-se concluir que as áreas onde requer mais apoio são as atividade de vida em casa, as atividades de aprendizagem ao longo da vida e profissionais. Nas subescalas saúde e segurança e social, o FC requer um menor número de apoios. Relativamente à Seção 2: Escala Suplementar de Proteção e Representação, o FC apresenta igualmente necessidades de apoio em quase todos os itens. Quanto à Seção 3, o FC não requer necessidades excepcionais de apoio médico e comportamental. Os resultados da avaliação final demonstram que o FC passou a necessitar de um maior número de apoios em algumas subescalas do que na avaliação inicial. Este facto, ainda que contraditório ao que seria esperado, pode ser explicado pelo facto de a estagiária na avaliação final ter um maior conhecimento das reais capacidades do cliente, bem como as suas dificuldades.

8.1.4 Dados da avaliação inicial e final da EPR

Os dados obtidos na avaliação inicial e final do FC são provenientes dos resultados da EPR, aplicada em 2014 (inicial) e 2015 (final) pela estagiária. Assim, os resultados obtidos são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 - Resultados da avaliação inicial e final da EPR

Fatores	Avaliação inicial		Avaliação final	
	Questionário	Obs. Direta	Questionário	Obs. Direta
1. Independência	20	23	21	19
2. Participação social	27	36	28	29
3. Bem-estar Indicador da QV	39	36	41	32
Somatório dos valores	86	95	90	80

Através da análise da tabela 17 podemos verificar que os valores mais baixos surgem na Independência e na Participação social, estes resultados são explicados essencialmente pelas dificuldades que o FC apresenta. Relativamente ao valor mais elevado, verifica-se no Bem-estar, explicado pelo acompanhamento da Instituição e apoio familiar que o FC recebe.

Os resultados da avaliação final permitem verificar que os valores diminuíram, explicado pelo facto de no fim da intervenção a estagiária já conhecer melhor o FC, bem como as suas dinâmicas e competências.

8.2. Estudo de Caso II – JP

O JP com 28 anos (17 de junho de 1988), é um rapaz sorridente, expressivo e generoso, geralmente com as pessoas que lhe são mais próximas. Tem figuras preferenciais, apresentando comportamentos de dependência afetiva e emocional por essas figuras, tais como um técnico de referência e 1 assistente operacional da instituição. O JP requer que lhe sejam constantemente dados reforços para se manter nas atividades propostas, nomeadamente em contexto Ginásio. Apresenta algumas dificuldades de concentração e de recusa para realizar as tarefas propostas tendo por

vezes um comportamento desajustado com colegas e técnicos (tem atitudes provocatórias). Reside com os pais e o irmão, tendo uma excelente relação com eles.

Segundo dados reportados na sua Anamnese, a gravidez foi planejada, com assistência e com complicações surgidas durante o parto. Aos 4 meses, um dos enfermeiros detetou que o JP não apresentava controlo cefálico e foi encaminhado para consulta no Hospital D. Estefânia para ser realizada uma avaliação do desenvolvimento, detetando-se uma deleção de um excerto no cromossoma 9. A nível Académico, entrou no infantário aos 4 meses de idade, frequentou o 1º ciclo no ensino regular e aos 9 anos foi encaminhado para uma escola de educação especial. Aos 13 anos, os pais consideraram que a frequência na escola de ensino especial não era a melhor solução para a promoção de competências do seu filho pelo que optou por transferir o seu filho para a CERCIOEIRAS. Ao nível dos objetivos atuais traçados para o JP no seu Plano Individual de Intervenção, destacam-se a promoção da evolução qualitativa dos fatores psicomotores, o desenvolvimento motor através da caminhada, natação adaptada e ginásio, a coordenação motora global, recorrendo a atividades que promovam a consciencialização das partes do corpo. No que diz respeito às atividades em que participa na instituição, incluem-se a expressão plástica, a oficina de bucins e o embalamento de produtos da Oriflame, a atividade motora adaptada e o programa de exercício e saúde (PES), limpeza de exteriores, hidroterapia e natação adaptada, mostrando preferência pela expressão plástica e pela natação adaptada.

8.2.1 Plano de Intervenção JP

Com os resultados obtidos na avaliação inicial e mediante a observação das atividades realizadas na Instituição, foi realizado um estudo mais aprofundado deste cliente por forma a estabelecer os objetivos de intervenção dirigidos às necessidades do JP e do FC.

Deste modo, a tabela 17 apresenta o perfil psicomotor do JP:

Tabela 17 - Perfil psicomotor JP áreas fortes e áreas a desenvolver

ECA Áreas fortes: Autonomia; Desenvolvimento físico e sensorial; Responsabilidade e Socialização.	ECA Áreas a desenvolver: Atividade doméstica; personalidade; passividade; comportamento inter pessoal perturbado (incomodar terceiros e reações desajustadas face a críticas).
EIA Áreas fortes: AVD's; atividades de saúde e segurança	EIA Áreas a desenvolver: Tarefas domésticas; atividades de vida comunitária; atividades de aprendizagem ao longo da vida; prevenir crises emocionais
EPR Áreas fortes: Participação social; bem-estar emocional e físico	EPR Áreas a desenvolver: autonomia; inclusão social; bem-estar material
Grelha de Observação de Comportamento (GOC) Áreas fortes: Persistência; Autonomia; Noção de Tempo e espaço; relação com os pares; coordenação; fatores psicomotores	Grelha de Observação de Comportamento (GOC) Áreas a desenvolver: Adesão à tarefa; atenção; impulsividade; ajustamento à tarefa; motivação; comunicação verbal; memória a curto e longo prazo; respeito pelas regras; tolerância à frustração; relação com terapeutas; exploração de materiais
Grelha de Observação – natação pura, natação adaptada e hidroterapia Áreas fortes: Assiduidade; Atenção e motivação; competências sociais; imersão; deslocamento em decúbito dorsal sem apoio; exploração de materiais; interação social com os pares; jogo de grupo, de cooperação, de regras e de competição.	Grelha de Observação – natação pura, natação adaptada e hidroterapia Áreas a desenvolver: controlo respiratório; flutuar em decúbito dorsal sem apoio; deslocamento em decúbito ventral com batimento de pernas ou movimento de bicicleta e deslocamento em decúbito ventral com batimento de pernas com alternância.

8.2.2 Dados da avaliação inicial e final da ECAP

Os dados obtidos na avaliação inicial e final do JP são provenientes dos resultados da ECAP, aplicada em 2014 (inicial) e 2015 (final) pela estagiária. Assim, os resultados obtidos são apresentados na Tabela 18

Tabela 18 - Dados da avaliação inicial e final da ECAP

Domínios		Número e Itens	Cotação total - Inicial	Final
Parte 1 - ECAP	Desempenho Funcional: Independência Pessoal e Responsabilidade na vida diária			
I.Autonomia		Alimentação, Utilização da casa de banho, Higiene, Aparência, Cuidados com o Vestuário, Vestir e Despir, Deslocação, outros itens.	95	96
II.Desenvolvimento Físico		Desenvolvimento Sensorial e Desenvolvimento Motor.	32	36
III.Atividade Económica		Manuseamento do Dinheiro, Serviços Bancários, Recursos de Pagamento, Planificação da utilização do dinheiro, recados e compras.	3	3
IV.Desenvolvimento Linguagem		Expressão pré-verbal, Palavras, Frases, Articulação, Expressão, Compreensão Verbal e Desenvolvimento da Linguagem Social.	34	30
V.Número e Tempo		Números, Tempo e Conceito de Tempo.	12	9
VI.Atividade Doméstica		Limpeza, Cozinha e Outros Deveres Domésticos.	12	12
VII.Atividade pré-profissional		Complexidade do Trabalho, Desempenho do Trabalho e Hábitos do Trabalho/Ecolares.	8	8
VIII.Personalidade		Iniciativa e Perseverança.	10	13
IX.Responsabilidade		Objetos Pessoais, Responsabilidade em Geral e Responsabilidade Pessoal.	9	9
X.Socialização		Cooperação, Consideração pelos Outros, Consciência da Existência dos Outros, Interação com os Outros, Participação em Atividades de Grupo, Egoísmo e Maturidade Social.	19	18
Parte 2 - ECAP	Comportamentos Desviantes			
XI. Comportamento Social		Comportamentos pessoais que possam ser abusivos em termos emocionais e físicos	16	18
XII.Conformidade		Comportamentos desajustados face ao cumprir regras sociais e perante a autoridade	18	17
XIII.Merecedor de Confiança		Comportamentos ligados ao roubar, mentir, podendo levar ao isolamento	3	5
XIV.Comportamento Estereotipado Hiperativo		Comportamentos desviantes e que perturbam os outros	7	3
XV.Comportamento Sexual		Comportamentos de natureza sexual	0	1
XVI.Comportamento Auto Abusivo		Comportamentos que causem danos a si próprio ou classificados como bizarros ou contra a norma.	1	0
XVII.Ajustamento Social		Comportamentos como a timidez e passividade excessiva, podendo levar ao desajustamento na Sociedade	5	5
XVIII.Comportamento Interpessoal perturbado		Comportamentos que podem incomodar terceiros ou os mesmos, como sentimentos de perseguição, reações desajustadas a críticas.	17	14

Através dos resultados apresentados na Tabela 18, podemos verificar que o JP apresenta um bom grau de Autonomia na maioria dos itens avaliados. Assim, no que diz respeito à alimentação, o JP é autónomo nesta tarefa e apresenta boas maneiras à mesa. É ainda capaz de encomendar refeições simples numa cantina ou num bar. Relativamente à utilização da casa de banho é completamente autónomo, semelhante à higiene pessoal. Não se desloca sozinho para a Instituição, contudo, se tivesse os apoios necessários, seria capaz de o fazer. No Domínio do desenvolvimento físico, tem dificuldades em ver (usa óculos), mas não tem dificuldades em ouvir. O seu padrão de marcha é adaptado sua idade. É geralmente responsável, mantém o autocontrolo e assume a responsabilidade das suas ações. Mostra interesse e preocupação pelos outros.

No que diz respeito às áreas a desenvolver, o JP revela pouca iniciativa, participando apenas nas atividades quando é solicitado. Outra área a desenvolver é o Domínio comportamento interpessoal perturbado, visto que, o cliente reage mal face às críticas, ignorando os técnicos e pontualmente abandona o espaço onde se encontra. Apresenta ainda algumas tendências hipocondríacas, queixando-se de dores de cabeça

e barriga, agravando-se nas atividades nas quais não quer participar. Manifesta ainda sinais de instabilidade emocional, através de mudanças de humor sem motivo aparente, mostrando-se inseguro em algumas atividades diárias.

Os resultados obtidos na Avaliação final da ECAP permitem concluir que o desempenho do JP melhorou ainda que ligeiramente nos Domínios da personalidade, verificando-se que seu tempo de atenção nas tarefas e a iniciativa em contexto ginásio e natação adaptada melhoraram. Quanto ao Domínio comportamento interpessoal perturbado, verificou-se um aumento na capacidade de ouvir críticas construtivas e uma diminuição de comportamentos desviantes perante os colegas no decorrer das sessões. No domínio da atividade doméstica o JP manteve o seu desempenho.

Salienta-se que seria fundamental manter a continuação do trabalho nestas áreas, por forma a manter ou aumentar as capacidades do JP.

8.2.3 Dados da avaliação inicial e final da EIA

Os dados obtidos na avaliação inicial e final do JP são provenientes dos resultados da EIA, aplicada em 2014 (inicial) e 2015 (final) pela estagiária. Assim, os resultados obtidos são apresentados na Tabela 19

Tabela 19 - Resultados da avaliação inicial e final da EIA

Subescalas	Avaliação inicial	Avaliação final
a. Vida em casa	33	33
b. Vida na Comunidade	54	44
c. Aprendizagem ao longo da vida	68	41
d. Profissionais	59	47
e. Saúde e segurança	57	39
f. Social	40	43

Através da análise da Tabela 19 podemos inferir que o JP requer um maior número de apoios nas atividades de aprendizagem ao longo da vida e nas atividades profissionais, especialmente nas tarefas de resolução de problemas e na aquisição de aprendizagens funcionais como ler sinais e contar dinheiro. Nas atividades profissionais o JP necessita de apoio na interação com colegas e formadores, no completar tarefas laborais com um ritmo aceitável, pois apresenta um ritmo mais lento nas atividades que desempenha na oficina onde está inserido na Instituição.

Na avaliação final podemos verificar um menor necessidade de apoios, explicado pelas aquisições por parte do cliente com o decorrer da intervenção como a capacidade para se manter durante mais tempo nas tarefas, no ajustamento do comportamento, facto que permitiu que o JP realizasse mais tarefas direcionadas para as áreas a desenvolver.

8.2.4 Dados da avaliação inicial e final da EPR

Os dados obtidos na avaliação inicial e final do JP são provenientes dos resultados da EPR, aplicada em 2014 (inicial) e 2015 (final) pela estagiária. Assim, os resultados obtidos são apresentados na Tabela 20

Tabela 20 - Resultados da avaliação inicial e final da EPR

Fatores	Avaliação inicial		Avaliação final	
	Questionário	Obs. Direta	Questionário	Obs. Direta
1. Independência	25	26	26	24
2. Participação social	36	35	39	39
3. Bem-estar Indicador da QV	40	36	45	42
Somatório dos valores	101	97	110	105

Através da análise da tabela 21 observamos que o JP apresenta valores mais baixos ao nível da Independência e da participação social, eventualmente explicado pelo seu comportamento que poderá impedir a participação mais regular em algumas atividades no seio da comunidade e pelo facto de preferir estar em casa a ver televisão e a ouvir rádio. Os resultados da avaliação final permitem concluir uma diminuição da QV do FC, explicado pelo facto do cliente ter demonstrado a nível comportamental maiores dificuldades. Estes comportamentos observados por vezes comprometiam a realização da intervenção prevista.

9. Reflexão Final

Durante o período do estágio profissionalizante foi possível verificar a importância do trabalho do Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora numa equipa multidisciplinar. No que respeita a atuação destes profissionais na CERCIOEIRAS salienta-se a multiplicidade de metodologias e contextos de atuação que são necessários dominar. Esta experiência de estágio permitiu assim a aquisição de competências pessoais e profissionais que serão certamente relevantes no futuro profissional da estagiária. Fazendo uma autoavaliação pessoal, posso referir que no fim do estágio aumentei a minha capacidade de comunicar com os outros, obtendo feedbacks acerca dos meus métodos de intervenção, uma capacidade para manter-me mais focada nas minhas tarefas e ainda um aumento de confiança na minha disponibilidade para trabalhar e aprender. Um aspeto menos positivo, é que devido às minhas inseguranças, não fui devidamente proativa no seio da equipa, servindo de aprendizagem e que permitirá uma mudança de atitude num futuro próximo.

De destacar, a intervenção no espaço snoezelen que permitiu a criação de uma relação terapêutica e empática com os clientes. Este contexto foi uma experiência nova e enriquecedora para a estagiária, revelando-se inicialmente desafiadora devido à inexperiência profissional neste contexto e à heterogeneidade do grupo de clientes. No fim da Intervenção verificou-se que este espaço ao facilitar uma exploração multissensorial diversa e de acordo com as preferências de cada cliente, contribuía para o bem-estar e um estado de relaxação dos clientes, observando-se ainda uma redução de comportamentos disruptivos dos clientes.

Relativamente à Piscina e às sessões que decorreram no tanque da instituição com o grupo de clientes mais dependentes, salienta-se que, apesar de já ter trabalhado neste contexto, a experiência foi totalmente diferente e enriquecedora, dado que nestas sessões existiu um acompanhamento e orientação por dois técnicos com vasta experiência neste tipo de intervenção e especificamente com os clientes da Instituição. Os resultados obtidos neste contexto revelaram que o esforço da equipa se refletiu no evoluir do desempenho dos clientes, especialmente nos casos LF, IF e HA.

No contexto Ginásio, também já conhecido pela estagiária, foi desafiante criar atividades para um grupo mais autónomo e para um grupo mais dependente, possibilitando um maior enriquecimento pessoal. De salientar ainda o enorme apoio, empenho e profissionalismo dos três técnicos de Reabilitação Psicomotora responsáveis pela Atividade Motora Adaptada e pelo PES neste contexto. A Intervenção Psicomotora neste âmbito trouxe benefícios a todos os clientes que usufruíam da mesma, salientando os casos RL, LF, LV e AC.

Por fim, o contexto da Hipoterapia com o MM e a Equitação Terapêutica com os restantes clientes a estagiária consolidou conhecimentos acerca desta terapia, e uma maior proximidade com os clientes que acompanhava, incluindo o seu estudo de caso. Este cliente devido às suas características pessoais inicialmente rejeitava o contacto com a estagiária, sendo que com esta intervenção foi possível o estabelecimento de uma relação mais próxima e de confiança com o mesmo. Este cliente evoluiu bastante neste contexto assim como o AJ, que já era capaz de conduzir o cavalo pelo picadeiro sem qualquer apoio.

A participação nas atividades complementares de formação também constituíram momentos de partilha, conhecimento e diversão com técnicos e clientes da CERCIOEIRAS e de outras instituições.

Salienta-se que durante o estágio a relação com os colaboradores e clientes da CERCIOEIRAS permitiu à estagiária sentir-se totalmente acolhida ao mesmo tempo que pelo constante apoio e relação de toda a equipa técnica e clientes realizou um percurso cheio de aprendizagens.

Relativamente aos fatores positivos e facilitadores no percurso do estágio, destacam-se: a forma calorosa como TODOS os colaboradores da Instituição receberam a estagiária, integrando-a de imediato na equipa e dando-lhe sempre liberdade para expor as suas ideias e os seus métodos de intervenção. A participação nas reuniões de equipa semanais também se revelou fundamental para o estágio, visto que, permitiram que a estagiária obtivesse conhecimento acerca dos assuntos patentes no CAO, bem como no Lar Residencial, levando a uma maior compreensão e um trabalho mais eficaz por parte da mesma. E por fim, a parte mais importante, a relação criada com os clientes, mesmo os que não foram acompanhados pela estagiária, permitiu que a Intervenção Psicomotora fosse mais eficaz, funcionando como uma alavanca motivadora para a mesma diariamente.

Em jeito de conclusão final, é possível afirmar que este estágio constituiu uma experiência totalmente enriquecedora na vida profissional e pessoal da estagiária.

10. Recomendações para a Intervenção

A realização do estágio curricular constituiu uma experiência enriquecedora, que permitiu aplicar num contexto de trabalho, conhecimentos teóricos e práticos aprendidos no percurso académico da estagiária. Deste modo, importa estabelecer recomendações para os dois contextos principais vivenciados pela estagiária:

- *Académico*: alargar o âmbito de estudos do primeiro e segundo ciclo a populações adultas com deficiência; diversificar e aprofundar práticas e técnicas psicomotoras em meio aquático, hipoterapia e equitação terapêutica, snoezelen e em atividade motora adaptada, procurar manter e/ou alargar os protocolos com a CERCIOEIRAS e com outras instituições.

- *Institucional*: alargar as atividades psicomotoras a todos os clientes para melhorar ou aumentar os níveis de qualidade de vida e funcionalidade. No que respeita os clientes acompanhados assinalam-se algumas recomendações após o acompanhamento realizado ao longo do ano:

- JP: continuação do trabalho em ginásio para melhorar a condição física geral e aumentar o funcionamento adaptativo;
- FC: continuação do trabalho em contexto snoezelen e equitação terapêutica e fim de manter e aumentar nas competências relacionais adquiridas durante a intervenção;
- IF: continuação do trabalho em meio aquático para a aquisição de novas competências dentro de água;
- MM: continuação do trabalho em hipoterapia e em snoezelen para aumentar o bem-estar e a QV da cliente;
- Todos: Manter e/ou aumentar a motivação e a atenção durante as atividades;
- Todos: continuação do trabalho de para promover funcionamento adaptativo nos diversos domínios e passível de ser observado nos vários contextos na vida dos clientes.
- Realização de sessões individuais com os estudos de caso, com o objetivo de executar um trabalho mais direcionado para as necessidades e interesses dos estudos de caso.

11. Dificuldades e Limitações

Seguidamente serão apresentadas dificuldades e limitações vivenciadas no decorrer do estágio na CERCIOEIRAS. De referir que os fatores que serão apresentados permitiram uma maior aprendizagem para a estagiária e uma preparação para o seu futuro profissional. Assim, de destacar os seguintes pontos:

- *Gestão do tempo e organização das fases de trabalho:* com o decorrer das atividades durante o estágio, tornou-se complexa a gestão do tempo e de trabalho no relatório de estágio;

- *Gestão de conflitos no decorrer das sessões:* tornou-se difícil para a estagiária, principalmente quando dinamizava as sessões sem apoio, gerir comportamentos desajustados que por vezes ocorriam durante as atividades;

- *Heterogeneidade dos grupos:* outra dificuldade sentida pela estagiária, devido às características de cada cliente, tornou-se difícil criar planos terapêuticos tendo em conta às dificuldades individuais de cada cliente;

- *O número de clientes acompanhados:* este fator pode ser considerado uma dificuldade e ainda uma mais valia para o trabalho desempenhado pela estagiária, dado que no futuro profissional esta será uma realidade, permitindo assim que a estagiária esteja mais preparada para intervir em diversos contextos com populações com diferentes diagnósticos e num número considerável.

- *Alargar o tempo de observação inicial:* o preenchimento das avaliações iniciais dos clientes no momento inicial pode ter sido mais complexo pelo ainda fraco conhecimento dos clientes e pelo número considerável de clientes observados.

- *Instrumentos de avaliação:* em alguns casos foram de difícil preenchimento pois alguns itens das grelhas de avaliação eram muito complexos ou desajustados para alguns clientes. Sendo de referir ainda a escassez de instrumentos que avaliem o desempenho psicomotor de adultos com DID.

12. Atividades complementares de Formação

A CERCIOEIRAS é uma instituição dinâmica, que permitiu a presença e ajuda na organização de algumas atividades. Assim, a estagiária teve a oportunidade de participar nas atividades apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21 - Atividades Complementares de Formação

Atividade	Descrição
Ténis no Jamor – inter-centros	Esta atividade decorreu no Centro Desportivo Nacional do Jamor no dia 24 de outubro e participaram 13 clientes da CERCIOEIRAS conjuntamente com clientes de outras instituições. A Atividade era composta por várias estações, e os clientes eram orientados pelos técnicos.
Jornadas Técnicas sobre a Deficiência “Face à Diferença, Faça a Diferença”	Esta formação realizou-se nos dias 28 e 29 de novembro, na Universidade Atlântica (Barcarena) e foi organizada pela CERCIOEIRAS, EMDIIP e APCL. Foram abordadas diversas temáticas respeitantes às pessoas com dificuldades, focando principalmente nas diversas capacidades e nos contextos em que estas pessoas estão inseridas.
Formação Novos conceitos sobre a Deficiência pela Professora Doutora Sofia Santos	Esta formação decorreu no dia 25 de novembro de 2014 na Intuição, pela Professora Doutora Sofia Santos, docente da Faculdade de Motricidade Humana na Licenciatura e Mestrado em Reabilitação Psicomotora. A Formação consistiu essencialmente na familiarização de novos conceitos como DID, Comportamento Adaptativo, apoios, Escalas de Avaliação mais atuais para os indivíduos com dificuldades.
Festa de Natal da CERCIOEIRAS	Esta atividade decorreu no dia 11 de dezembro de 2014 no Ginásio da CERCIOEIRAS. Começou com um lanche para os clientes e os seus familiares no refeitório da Instituição, seguido de festa no Ginásio composto por apresentações do grupo da dança “Korpus” da instituição, bem como uma atuação do grupo musical OCP (Orquestra de Câmara Portuguesa) com alguns clientes da instituição. Estes cantaram e tocaram alguns instrumentos orientados pelos músicos da Orquestra e por dela TSRPM (Rita Abreu) e T.O Joana. A estagiária foi responsável por ajuda no guarda-roupa e na atribuição dos lanches.
CERCIOEIRAS VIVA	Esta atividade decorreu no dia 25 de março de 2015 no Pavilhão Carlos Queiroz em Outurela e participaram clientes da CERCIOEIRAS e de outras instituições. A atividade consistia na participação em diversas estações compostas por Boxe, expressão plástica, dança, futebol, entre outras. A estagiária foi responsável por escolher músicas para o evento e acompanhar os clientes durante as tarefas.

Caminha Mágica – Caminhar pela Diferença	Esta atividade inserida na Campanha do Pirilampo Mágico que decorre anualmente no mês de maio em todas as CERCI's do país, decorreu no dia 16 de maio no Passeio Marítimo de Oeiras. A estagiária foi responsável por participar na organização dos quites distribuídos pelos participantes da caminhada, bem como pela distribuição dos mesmos no dia da caminhada.
Elo Social – interceções	Esta atividade decorreu no dia 19 de maio num pavilhão do Estádio Universitário de Lisboa e consistiu na realização de várias atividades dentro do contexto da Atividade Motora Adaptada, organizado por alunos da Faculdade de Motricidade Humana. Os clientes tiveram oportunidade de praticar atividades como voleibol sentado, basquetebol em cadeira de rodas, badminton adaptado, entre outras. A estagiária foi responsável por acompanhar os clientes presentes na atividade.
Venda de pirilampos mágicos	Esta atividade decorreu nos dias 21 e 26 de maio no Alegro de Alfragide, em que a CERCIOEIRAS dispõe neste mês de uma banca para efetuar vendas de produtos relacionados com a Campanha do Pirilampo Mágico. A estagiária esteve em conjunto com duas amigas a vender pirilampos mágicos durante dois turnos à tarde,
AFID “Jogos Tradicionais”	Esta atividade ocorreu no dia 29 de maio na Fundação AFID em Alfragide. A instituição foi responsável por realizar Jogos Tradicionais adaptados para algumas instituições de Lisboa. A estagiária foi responsável por acompanhar os clientes e teve ainda a oportunidade de participar nas atividades.

IV. Conclusão

Em momento algum duvidei de qual era o tipo de população que queria trabalhar. Já tinha trabalhado anteriormente com DID e sabia de antemão que eles têm muito mais para me ensinar do que eu a eles, nomeadamente, que nada na vida nos pode roubar os sonhos e que as nossas dificuldades não ditam o nosso destino e forma de encarar a vida. Assim, mediante as opções disponíveis escolhi a CERCIOEIRAS, e não podia ter havido uma decisão mais acertada. Cheguei cheia de dúvidas e medos (que ainda existem, talvez em menor escala) e fui recebida de braços abertos por uma Instituição com uma equipa dinâmica que trabalha sempre em prol do bem-estar dos seus clientes.

Inicialmente a minha orientadora Ana Mafalda Roque utilizou de imediato a tão conhecida expressão “Hoje é um dia atípico” e era mesmo. Todos os dias (praticamente) surgia um imprevisto, uma atividade no exterior, uma visita inesperada, alunos de Erasmus, intercentros, entre tantos outros acontecimentos e fui ficando cada vez mais embutida num espírito agitado, que lhe é característico, mas com a certeza absoluta que estava no sítio certo para crescer profissional e pessoalmente.

Ao nível profissional, a experiência permitiu chegar ao verdadeiro teste dos conhecimentos adquiridos na formação académica, apesar de parecer escasso mediante a enorme diversidade que existem dentro das DID. O diagnóstico não dita de todo as características de cada indivíduo e muito menos a riqueza que cada um deles transporta. Esta experiência permitiu que eu conhecesse as minhas verdadeiras limitações, mas também a sua capacidade de trabalho e a enorme vontade de aprender com profissionais dotados de experiência. De referir ainda a importância de avaliar e de (re)avaliar cada caso, pensando sempre na sua qualidade de vida e bem-estar, o definir objetos concretos, atingíveis e de obter conclusões acerca dos mesmos, que permitam entender que se pode sempre fazer mais e melhor. E é através destes objetivos traçados que entra a importância da Intervenção Psicomotora e dos benefícios que a mesma pode trazer. No que diz respeito à Intervenção propriamente dita, a heterogeneidade da população revelou-se um desafio, sendo que a atividade em meio aquático era direcionada para uma população bastante dependente, e, apesar de as sessões serem em grupo, a intervenção era individualizada mediante as principais dificuldades e áreas fortes e áreas a desenvolver de cada caso. No contexto ginásio os grupos eram constituídos por clientes mais autónomos, contudo, torna-se igualmente difícil, na medida em que requer uma maior gestão de conflitos, de comportamentos desajustados, levando a que a minha postura fosse mais assertiva e utilizasse mais estratégias por forma a conseguir manter a dinâmica das sessões. Na equitação terapêutica e na hipoterapia senti-me um pouco mais confiante, pois já tinha estado neste contexto e apesar dos casos serem bastantes diferenciados uns dos outros, esta experiência levou-a a procurar mais informação acerca deste tipo de terapia e ainda a compreender os silêncios, os sorrisos e os sinais corporais que os casos transmitiam durante as sessões. Este foi certamente o contexto em que se obtiveram mais evoluções tanto para os clientes como para os técnicos. Por fim, as sessões em contexto snoezelen revelam-se essenciais para a qualidade de vida e aumento do bem-estar da maioria dos clientes da CERCIOEIRAS, pois através da música, massagem e principalmente através da relação puderam usufruir de verdadeiros momentos prazerosos e diminuição de tensões e dificuldades.

Outro aspeto a salientar, foi o enorme apoio dado pelos três orientadores da instituição e pela orientadora académica, sempre disponíveis para esclarecer dúvidas, questionar métodos e acima de tudo, dar suporte em todos os contextos.

Por fim, a experiência não poderia ter sido mais enriquecedora, não esquecendo nunca que há sempre muito por fazer e aprender, nada se consegue sem trabalho e

dedicação e que o mais importante é o bem-estar e os interesses das populações com as quais trabalhamos.

V. Referências Bibliográficas

- Abellán, R. & Vicente, R. (2002). Deficiencia mental associada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 77-106.
- Aker, J. & Anderson, D. (2007). Perioperative care of patients with cerebral palsy. *AANA Journal Course*, 75, (1).
- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Espanha: Ediciones Pirámide.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A. & Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 571-576
- Brown (2010). Adult Education and Intellectual and Allied Developmental Disabilities. International Encyclopedia of Rehabilitation. Retirado a 6 de junho de 2014 de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/21/>.
- Brown, R., Schalock, R., & Brown, I. (2009). Quality of Life: Its Application to Persons With Intellectual Disabilities and Their Families – Introduction and Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 (1), 2-6.
- CERCIOEIRAS (2014a). Grelha de Observação – Snoezelen.
- CERCIOEIRAS (2014b). Grelha de Observação – Natação Pura, Natação Adaptada e Hidroterapia.
- CERCIOEIRAS (2014c). Grelha de Observação – Hipoterapia e Equitação Terapêutica.
- CERCIOEIRAS (2015a). *Regulamento Interno Geral*. Retirado a 3 de dezembro de 2015 de http://www.cercioeiras.pt/ficheiros/Regulamento_Interno_Geral.pdf
- CERCIOEIRAS (2015b). *Regulamento Interno Centro de Atividades Ocupacionais*. Retirado a 3 de dezembro de 2015 http://www.cercioeiras.pt/ficheiros/Regulamento_CAO.pdf
- Decreto-lei n.º 18/89. Ministério do Emprego e da Segurança Social. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 18 – 11 de janeiro de 1989, 125-127
- European Forum of Psychomotricity (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Retirado a 7 de dezembro de 2015 de http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf
- Fonseca, V. & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Fmh Edições.

- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora estudo de casos*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V., Cunha, A. & Enumo, S. (2002). O Desenvolvimento Cognitivo da Criança com Deficiência Visual e suas Perspetivas de Avaliação: Da Abordagem Padronizada à Avaliação Dinâmica. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 9(2), 75-91.
- Haak, P., Lenski, M., Hidercker, M., Li, M & Paneth, N. (2009). Cerebral palsy and aging. *Delopmental Medicine & Child Neurology*, 51, 16-23.
- Hernández, M. (2003). *Manual de educación física adaptada al alumnado con discapacidad*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Instituto de Segurança Social, I. P. (2014). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas com Deficiência (35 I – V4.04)*. Retirado a 7 de março de 2017 de http://www.seg-social.pt/documents/10152/27231/apoios_sociais_adultos_deficiencia
- Krägeloh-Mann, I. & Cans, C. (2009). Cerebral palsy update. *Brain & Development*, 31, 537-544.
- Ladeira, F. & Queirós, S. (2002). *Compreender a Baixa Visão*. Ministério da Educação, Departamento da Educação Básica. Retirado a 13 de março de 2017 de http://www.deficienciavisual.pt/x-txt-aba-Compreender_Baixa_Visao-FL&SQ.pdf
- Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H. (1993). *AAMR – Adaptive Behavior Scale – School: Examiner's Manual (2ªed)*. Austin, Texas: PRO-ED.
- Lázaro, A. (2002). *Aulas Multisensoriales y de psicomotricidad*. Zaragoza, Espanha: Mira.
- Lermontov, T. (2004). *Psicomotricidade na Equoterapia*. Aparecida, Brasil: Idéias & Letras.
- Lessick, M., Shinaker, R., Post, K., Rivera, J. & Lemon, B. (2004). *Therapeutic*. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/1091592304263956/epdf>
- Lopes-dos-Santos, P., Santos, M., Ferreira, M., Maia, M., Martins, S., Ives, S., ... Tavares, A. (in press). *Escala de Intensidade de Apoios versão Portuguesa*. Lisboa: Cegoc.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D. L., Craig. E.M. Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification and*

- systems of supports. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D. L., Craig, E.M. Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Marin, A. (2004). *Actividades acuáticas como contenido del área de Educación Física*. Retirado a 10 de novembro de 2015 de [http://ulbra-to.br:8080/atividades-aquaticas.pdf](http://ulbra.to.br:8080/atividades-aquaticas.pdf)
- Martins, R., Marques, J., Castro, M., Gonçalves, P., Martins, R. (2012). Grelha de Observação de Comportamento.
- Matias, A. (2010). *Psicomotricidade no Meio Aquático na Primeira Infância*. Venda do Pinheiro, Lisboa: Tuttirév
- Miranda, A. (2000). Hipoterapia. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(2), 113-121.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a mudança de paradigma na conceção de deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14.
- OMS (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Retirado a 19 de maio de 2014 de http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Pitetti, K., Baynard, T. & Agiovlasitis, S. (2013). Children and adolescents with Down syndrome, physical fitness and physical activity. *Journal of Sport and Health Science*, 2, 47-57.
- Ruoti, R., Morris, D. e Cole, J. (2001). *Reabilitação Aquática*. São Paulo: Manole
- Santos, S. & Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa – fichas de registo (documento não publicado).
- Santos, S. & Morato, P. (2012). A escala de comportamento adaptativo – Versão Portuguesa. In P. Morato & S. Santos (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (pp. 83-100). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. & Morato, P. (2012). A escala de comportamento adaptativo – Versão Portuguesa. In Santos S. & Morato, P. (Eds) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (83-100). Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. (2000). Escala de Comportamento Adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(2), 105-114.
- Schalock R., Luckasson R., Shogren K., Borthwick-Duffy S., Bradley V., Buntinx W., Coulter D., Craig E., Gomez S., Lachapelle Y., Reeve A., Martha Snell M., Spreat S., Tasse M., Thompson J., Verdugo M., Wehmeier M., Yeager M.

- (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Development Disabilities*, 47, (116–124).
- Schalock, R. & Alonso, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington, EUA: American Association on Intellectual and Development Disabilities.
- Schalock, R. et al. (2007). *User's guide: Mental Retardation – definition, classification and systems of supports* (10ªed). Estados Unidos da América: AAIDD.
- Schalock, R. L.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; Craig, E.M; Luckasson, R. A.; ... Reeve, A. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Washington, DC: AAIDD.
- Schalock, R., Gardner, J. E Bradley, V. (2007). *Quality of Life for people with intellectual and other developmental disabilities*. Washington, USA: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Verdugo, M., Bonham, G., Fantova, F. E Loon, J. (2008). Enhancing Personal Outcomes: Organizational, Strategies, Guidelines, and Examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 276-285.
- Schalock., R. & Luckasson, R. (2004). American Association on Mental's Retardation Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1 (3/4), 136-146.
- Simões, C. & Santos, S. (2012). Escala Pessoal de Resultados – EPR - Escala para Avaliar a Qualidade de Vida da Pessoa.
- Sociedade Hípica Portuguesa (2010). *Apresentação da Equitação Terapêutica*. Retirado a 3 de dezembro de 2015 de <http://www.sociedadehipica.pt/apresentacaoHipo.html>
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, Jr., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. & Zhang, D. (2012). The Construct of Adaptive Behavior: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(4), 291-303.
- Thompson, J. R., Tassé, M. J., Schalock, R. (2009). Supports Intensity Scale: Supplemental Administration and Scoring Procedures. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*: Washington, DC.

- Thompson, J., Bradley, V., Buntix, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M., Wehmeyer, M., Borthwick-Duffy, S., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachappelle, Y., Reeve, A., Spreat, S., Tassé, M., Verdugo, M. e Yeager, M. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People With Intellectual Disability. *INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES*, 47 (2), 135-146.
- Tsakanikos, E. & McCarthy, J. (2014). Epidemiology. *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability Research, Practice, and Policy*, 9-22.
- Velasco, C. (2013). *Boas Práticas Psicomotoras Aquáticas*. São Paulo: Phorte Editora
- Verheul, A. (2014, outubro). *Snoezelen – nothing has to be done, everything is allowed in M. Sirkkola (Ed.), Everyday Multisensory Environments, Wellness Technology and Snoezelen* (p.26-44). Hämeenlinna: HAMK university of Applied Sciences, Visamaki, Retirado de http://www.isnamse.org/pdf/HAMK_ISNAMSE_2014_ebook.pdf
- Wehmeyer M. (2003). Defining Mental Retardation and Ensuring Access to the General Curriculum. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 38(3), 271–282.

VI. Anexos (Contactar autor)